

**Die anaklitische und introjektive Dimension der Depression –  
Auswirkungen auf Symptomatik, Behandlung und Verlauf  
im stationären Setting**

Abhandlung  
zur Erlangung der Doktorwürde  
der Philosophischen Fakultät  
der  
Universität Zürich

vorgelegt von  
Kathrin Degen

Angenommen im Frühjahrssemester 2015  
auf Antrag der Promotionskommission:  
Prof. em. Dr. phil. Brigitte Boothe (hauptverantwortliche Betreuungsperson)  
Prof. Dr. med. Heinz Böker

Zürich, 2015

## **Danksagung**

Mein besonderer Dank gilt allen voran Brigitte Boothe und Heinz Böker, welche es mir ermöglicht haben, ein Dissertationsprojekt zu verwirklichen, das meine Forschungsinteressen und meine Liebe zur klinischen Arbeit vereint. Für Ihre Unterstützung, Motivation und vor allem Ihr Vertrauen in mich möchte ich mich herzlichst bedanken!

Des Weiteren möchte ich mich bei meinen beiden Kolleginnen, Sandra Ackermann und Lea Bucher bedanken. Sandra stand mir stets bei allen statistischen Fragen mit Rat und Tat zur Seite, Lea bot mir immer die moralische Unterstützung, die ein solches Projekt benötigt. Vielen Dank Euch beiden, insbesondere dafür, dass Ihr es mir ermöglicht habt, in der Abschlussphase meiner Dissertation wertvolle freie Zeit zu bekommen.

Bedanken möchte ich mich auch bei allen Assistenzärzten und Psychologen der PUK, welche als Behandler an meiner Studie teilgenommen haben und sich in ihrer ohnehin knapp bemessenen Zeit die Mühe machten, die nötigen Fragebögen auszufüllen.

Ebenso möchte ich mich bei allen Patientinnen und Patienten bedanken, die während ihres stationären Aufenthaltes und in für sie schwierigen Lebenssituationen bereit waren, an dieser Studie teilzunehmen.

Ganz herzlich bedanke ich mich auch bei Dragica Stojkovic für das Lektorat meiner Dissertation und für ihre wertvolle moralische Unterstützung.

Meinen Eltern möchte ich ebenfalls von Herzen danken, für ihre bedingungslose Liebe und Unterstützung und dass sie nie an mir oder meinen Projekten gezweifelt haben.

Besonders möchte ich mich bei meinem Ehemann David bedanken, der mich über die gesamte Dauer meines Dissertationsprojektes auf die unterschiedlichsten Arten unterstützt hat, sei es mit einem selbstprogrammierten Auswertungsprogramm, wenn ich drohte, in der Flut der auszuwertenden Fragebögen zu ertrinken, mit drei selbstgekochten Mahlzeiten pro Tag, wenn ich das Essen ansonsten vergessen hätte, mit der geduldigen Durchsicht meiner Dissertationsschrift oder einfach nur mit seinem unerschütterlichen Vertrauen in mich und meine Fähigkeiten. David, dafür danke ich Dir von ganzem Herzen!

Ganz zum Schluss möchte ich mich noch bei Horst Kächele bedanken, der mir vor mehr als fünf Jahren, damals noch als Psychologiepraktikantin, die Idee zum Thema dieser Dissertation lieferte.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b>	<b>6</b>
<hr/>	
<b>I Theorieteil</b>	<b>8</b>
<hr/>	
<b>1 Klinische Depression</b>	<b>8</b>
<hr/>	
1.1 Epidemiologie	8
1.2 Definition und Klassifikation	9
<b>2 Depressionstheorien</b>	<b>11</b>
<hr/>	
2.1 Psychoanalytische Theorien	11
2.2 Typisierungsansätze	15
2.3 Depressionstheorie von Sidney J. Blatt	19
2.3.1 anaklitische (abhängige) Depression	20
2.3.2 Introjektive (selbstkritische) Depression	22
2.3.3 Entstehung der Depressionsdimensionen	23
2.3.4 Depression Experience Questionnaire (DEQ)	26
<b>3 Klinische Studienlage</b>	<b>33</b>
<hr/>	
3.1 Ausprägung	33
3.2 Einflussgrößen	33
3.3 Symptomatik	35
3.4 Therapeutische Beziehung	36
3.5 Interpersonelle Verhalten	37
3.6 Verlauf und Behandlung	38
<b>4 Falldarstellung</b>	<b>40</b>
<hr/>	
4.1 Introjektive Depression: Herr J.	40
4.2 Anaklitische Depression: Frau D.	42
<b>II Praxisteil</b>	<b>46</b>
<hr/>	
<b>5 Stationäre Verlaufsstudie</b>	<b>45</b>
<hr/>	
5.1 Stationäre Rahmenbedingungen	45
5.2 Begriffsklärung	45
<b>6 Fragestellung und Hypothese</b>	<b>47</b>
<hr/>	

6.1	Fragestellungen	48
6.2	Hypothesen	48
<b>7</b>	<b>Methodik</b>	<b>49</b>
7.1	Datengrundlage	49
7.1.1	Stichprobe	49
7.1.2	Rekrutierung	49
7.1.3	Ein- und Ausschlusskriterien	49
7.1.4	Studien- und Behandlungsabbrüche	50
7.2	Studiendesign	51
7.3	Anamnese	53
7.3.1	Demografische Daten	53
7.3.2	Soziobiografische Anamnese	53
7.3.3	Psychiatrische Anamnese	53
7.3.4	Familienanamnese	54
7.3.5	Suchtmittelanamnese	54
7.3.6	Suizidanamnese	54
7.3.7	Medikamenten/Behandlungs Anamnese	54
7.4	Fragebögen	54
7.4.1	Depressionsdimensionen	54
7.4.2	Symptomatik	55
7.4.3	Hilf- und Hoffnungslosigkeit	57
7.4.4	Therapeutische Beziehung	58
7.5	Auswertung	58
7.5.1	Deskriptive Statistik	59
7.5.2	Korrelationen	59
7.5.3	Gruppenbildung	60
7.5.4	Varianzanalysen	60
<b>8</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>61</b>
8.1	Deskriptive Statistik	61
8.1.1	Stichprobenmerkmale	61
8.1.2	Depressionsdimensionen	64
8.1.3	Symptomatik	66
8.1.4	Suizidalität	68
8.1.5	Hoffnungs- und Hilflosigkeit	70
8.1.6	Therapeutische Beziehung	71
8.2	Korrelationen	73

8.2.1	Stichprobenmerkmale	73
8.2.2	Depressionsdimensionen	74
8.2.3	Symptomatik	75
8.2.4	Suizidalität	77
8.2.5	Hoffnungs- und Hilflosigkeit	77
8.2.6	Therapeutische Beziehung	78
8.2.7	Verlauf	79
8.3	Varianzanalysen	80
8.3.1	Stichprobenmerkmal	80
8.3.2	Depressionsdimensionen	81
8.3.3	Symptomatik	82
8.3.4	Suizidalität	85
8.3.5	Hoffnungs- und Hilflosigkeit	85
8.3.6	Therapeutische Beziehung	86
8.3.7	Verlauf	88
<b>9</b>	<b>Diskussion</b>	<b>90</b>
9.1	Interpretation der Ergebnissen	90
9.2	Typologie versus. Dimension	96
9.3	Limitationen der Studie	98
<b>10</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>99</b>
<b>11</b>	<b>Ausblick</b>	<b>102</b>
11.1	Implikationen für die klinische Forschung und Praxis	102
<b>12</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>104</b>
<b>13</b>	<b>Anhang</b>	<b>110</b>
13.1	Tabellenverzeichnis	110
13.2	Abbildungsverzeichnis	111
13.3	Depressive Experience Questionnaire	112
13.4	Lebenslauf	115

## Einleitung

Kaum eine andere psychische Erkrankung kommt in ihrem klinischen Erscheinungsbild so vielschichtig, uneinheitlich und komplex daher wie die Depression. Und das auch nicht erst seit ihrer diagnostischen Reduktion auf eine phänomenologische Einteilung hinsichtlich Symptomatik und Schweregrad, so wie sie in den aktuellen diagnostischen Manualen zu finden ist. Bereits Freud äusserte sich 1915 in *Trauer und Melancholie*: „Die Melancholie, deren Begriffsbestimmung auch in der deskriptiven Psychiatrie schwankend ist, tritt in verschiedenartigen klinischen Formen auf, deren Zusammenfassung zur Einheit nicht gesichert scheint, von denen einige eher an somatische als an psychogene Affektionen mahnen“ (S. 428).

Die Versuche, das Störungsbild der Depression zu differenzieren, haben dementsprechend eine lange Tradition und führten sowohl Kliniker als auch Forscher zu verschiedenen Zeiten und vor dem Hintergrund unterschiedlicher theoretischer Ausrichtungen zur Auseinandersetzung mit der depressiven Problematik. Dahinter steckte häufig das Bedürfnis, die depressive Störung nicht nur anhand ihrer Symptomatik zu definieren, sondern eine Differenzierung von Subformen zu schaffen, die zum einen Auskunft über die Entstehungsursachen derselben geben und zum anderen für deren Behandlung Relevanz haben.

Eines der ausgereiftesten, am besten untersuchten und differenziertesten Modelle wurde von Emeritus Prof. Dr. Sidney J. Blatt in den 1970er-Jahren entworfen und in den letzten 40 Jahren umfassend erforscht und weiterentwickelt.

Sein Modell, welches einen anaklitischen (abhängigen) Typus und einen introjektiven (selbstkritischen) Typus der Depression postuliert, integriert unterschiedliche Konzepte der Ich-Psychologie, Entwicklungspsychologie, Psychoanalyse und Bindungstheorie. Diese beiden Depressionstypen unterscheiden sich ihm zufolge hinsichtlich ihrer Entstehung, der klinischen Manifestation und der zugrundeliegenden unbewussten Konflikte. Die anaklitische Depression umfasst primär Themen der Abhängigkeit und Hilflosigkeit. Bei dieser führen gestörte interpersonale Beziehungen als Konsequenz von Objektverlust in der oralen Phase zu dem intensiven Verlangen, geliebt und umsorgt zu werden. Handlungen in dieser Depressionsform sind darauf ausgerichtet, die Aufmerksamkeit und die Zuwendung anderer Personen zu erhalten. Der Auslöser für eine Depression kann bei diesem Typus dementsprechend eine Trennung oder Zurückweisung sein. In der introjektiven Depression sind Wertlosigkeit, Schuldgefühle und Versagen die charakterisierenden Gefühle. Bei dieser besteht ein ständiges Streben nach Leistung mit überhöhten Standards und perfektionistischen Ansprüchen, kombiniert mit der ständigen Angst zu versagen oder kritisiert zu werden. Als Ursache lässt sich häufig die Angst in Kindheit und Jugend finden, den hohen Ansprüchen der eigenen Eltern nicht zu genügen. Ein subjektiv erlebtes Versagen oder auch ein Misserfolg können bei diesem Typus der Auslöser für eine depressive Episode sein. Um diese beiden Depressionstypen zu unterscheiden, entwickelte Blatt den *Depression Experience Questionnaire* (DEQ), einen Selbstbeurteilungsfragebogen, welcher anhand seiner 66 Items eine Einschätzung der anaklitischen und introjektiven, respektive abhängigen und selbstkritischen Dimension ermöglicht. Der DEQ wurde seit seiner Konstruktion und Validierung

in den 1980er-Jahren in einer Vielzahl von nicht klinischen und einer Reihe von klinischen Studien eingesetzt. Neben der englischen Originalversion des DEQ liegen mittlerweile Versionen in Deutsch, Französisch, Spanisch, Russisch, Schwedisch und Hebräisch vor.

Die hier vorliegende Arbeit hat zum Ziel, das von Sidney J. Blatt entworfene und weiterentwickelte Modell der anaklitischen und introjektiven Depression mit Hilfe des DEQ im klinisch stationären Setting anzuwenden und hinsichtlich deren Bedeutung für dieses zu untersuchen. Im Theorieteil werden hierfür zunächst die psychoanalytischen und psychologischen Grundlagen, welche Blatts Modell und dem DEQ zugrunde liegen, dargelegt. Im Anschluss wird seine Theorie der Depression ausführlich beschrieben und es wird ein Überblick über die existierende klinische Studienlage gegeben. Im Praxisteil wird die durchgeführte stationäre Verlaufsstudie dargestellt, deren klinische Fragestellungen und Hypothesen auf den zuvor beschriebenen theoretischen Überlegungen aufbauen. Abschliessend werden die Ergebnisse dieser Studie diskutiert und das Modell der anaklitischen und introjektiven Depression hinsichtlich seiner Relevanz für das klinisch stationäre Setting beurteilt. Die Implikationen für Forschung und Praxis, welche sich aus den Ergebnissen dieser Studie ergeben, werden am Ende dieser Arbeit vorgelegt.

## I. Theorieteil

Die Grundlage für Blatts Depressionstheorie besteht aus seinen klinischen Erfahrungen und Beobachtungen, klassischen psychoanalytischen Depressionstheorien sowie aus dem differenzierenden Vergleich mit verschiedenen Ansätzen zur Unterteilung einer Depression. Nach einem allgemeinen Abriss zur aktuellen Bedeutung, Verbreitung, Definition und Klassifikation von klinischen Depressionen, werden deshalb zunächst die theoretischen Grundlagen der klassisch psychoanalytischen Literatur genannt. Ausserdem werden verschiedene psychologische Ansätze zur Typisierung von Depressionen, auf welche Blatts sich in seinem theoretischen Entwurf bezieht, dargestellt und entsprechend Blatts theoretischer Ausarbeitung nachgezeichnet. Darauf aufbauend folgt eine ausführliche Darstellung der Depressionstheorie von Blatt mit den zwei vom ihm postulierten Depressionstypen, der anaklitischen und der introjektiven Depression. In der klinischen Studienlage werden die bisherigen empirischen Befunde zu diesen beiden Depressionsformen zusammengefasst. Am Ende des Theorieteiles wird die theoretische Darstellung der anaklitischen und introjektiven Depression anhand von zwei Fallvignetten in der Praxis verdeutlicht.

### 1 Klinische Depression

#### 1.1 Epidemiologie

Depressive Erkrankungen sind eine äusserst vielfältige, weit verbreitete und schwierig zu differenzierende Störungsgruppe. Die Lebenszeitprävalenz liegt bei 5–12 Prozent für Männer und 10–25 Prozent für Frauen. Depressionen treten in jedem Lebensalter auf; die Erstmanifestation liegt gehäuft zwischen dem 18. und 25. Lebensjahr, der Häufigkeitsgipfel liegt im dritten Lebensjahrzehnt (Margraf, Müller-Spahn, Albus, & Pschyrembel, 2009).

Gemäss der Weltgesundheitsorganisation Europa (2012) ist jeder siebte im Laufe seines Lebens von einer Depression betroffen. Jährlich erleiden ca. sieben Prozent der europäischen Bevölkerung eine schwere Depression – rechnet man leichte Depressionen und Angstzustände dazu, dann steigt diese Zahl sogar auf 25 Prozent. 15 Prozent aller Tage, an denen mit einer Behinderung gelebt wird, sind auf eine Depression zurückzuführen.

Die *World Health Organization* (WHO) schätzt, dass weltweit mindestens 350 Millionen Menschen aktuell an einer Depression erkrankt sind, aber ca. 50 Prozent aller schweren Depressionen unbehandelt bleiben. Grund hierfür sind laut Annahme der WHO das eigene Vermeidungsverhalten der Betroffenen, welche aus Scham und Angst keine adäquate Behandlung beanspruchen, das mangelnde Behandlungsangebot oder der fehlende Zugang zu Behandlung und das Unvermögen der Behandler, das Problem zu erkennen.

Im Global Health Risk Report hält die WHO fest: „Depression is the leading cause of years lost due to disability, the burden being 50 % higher for females than males” (World Health Organization, 2009).



Prognostisch wird von einer 50–60 Prozent Rückfallhäufigkeit nach der ersten depressiven Episode ausgegangen, mit jeder weiteren Episode nimmt die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Episode erheblich zu (Margraf et al., 2009).

## 1.2 Definition und Klassifikation

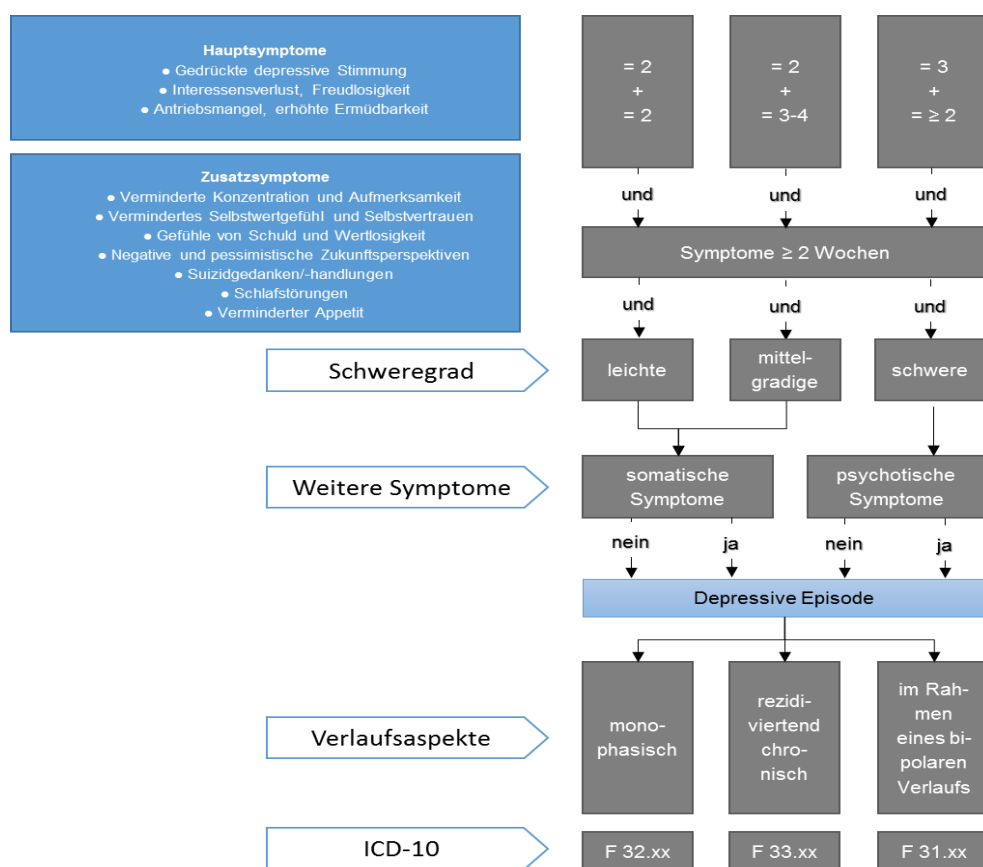
Aufgrund des heterogenen Störungsbildes ist es schwierig, eine angemessene Definition und Klassifikation der Depression vorzunehmen. Im Pschyrembel für Psychiatrie, klinische Psychologie und Psychotherapie (Margraf et al., 2009) findet sich folgende Definition zur Depression: „[Eine] affektive Störung, die insbesondere durch gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Antriebslosigkeit und verminderte Leistungsfähigkeit gekennzeichnet ist“. Die aktuelle Einteilung wird bei der primären Depression deskriptiv mittels Phänomenologie und Verlauf (uni- oder bipolar, einmalig oder rezidivierend), nach Schweregrad (leicht, mittelgradig, schwer) und nach der Ausprägung der Symptome (somatisch, psychotisch) vorgenommen.

Die klassische psychiatrische Einteilung von depressiven Störungen wurde früher anhand der vermuteten zugrundeliegenden Ursachen getroffen. Von einer *endogenen Depression* wurde gesprochen, wenn es sich um eine schwerwiegende depressive Störung handelte, welche zumindest weitestgehend weder auf traumatische oder aktuelle Belastungen, noch auf eine hirnnorganische Ursache zurückführbar war. Dem gegenüber standen die *neurotischen Depressionen* oder *depressiven Neurosen*, welche einen innerpsychischen Konflikt als Ursache vermuten liessen. Stand die Depression in Zusammenhang mit einer körperlichen Erkrankung und war sie als deren direkte oder indirekte Folge zu sehen, bezeichnete man sie als eine *somatogene Depression*. Eine weitere Gruppe bildeten die *reaktiven Depressionen* oder auch *Erschöpfungsdepressionen*, welche einen aktuellen Auslöser, häufig in Form einer Belastungssituation als Ursache hatten und heute unter der ICD-10 Diagnose einer Anpassungsstörung (F43) subsummiert werden (vgl. Fröhlich, 2010; Margraf et al., 2009).

In dem gegenwärtigen Klassifikationssystem der *World Health Organization* (WHO) dem ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) und dem Klassifikationssystem der *American Psychological Association* (APA) dem DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), wird auf eine kategoriale Unterscheidung depressiver Störungen, welche Aussagen über die Entstehungsursache derselben machen, verzichtet und stattdessen eine deskriptiv-phänomenologische Erfassung bevorzugt. Sowohl das ICD-10 als auch das DSM-5 klassifiziert eine Depression aufgrund von Symptomatologie, Schweregrad, Dauer und Verlauf.

Im DSM-5 müssen für die Diagnose einer Major Depression mindestens fünf von neun Symptomen vorliegen (einen Überblick über die depressiven Symptome gibt Abbildung 1). Dabei muss entweder die depressive Stimmung oder der Verlust von Interesse und Freude zu den Symptomen gehören. Zusätzlich kann der Schweregrad der aktuellen Episode kodiert werden. Zwei Symptome wären als mild, drei Symptome als mässig, vier bis fünf als mässig-schwer und vier bis fünf mit zusätzlich motorischer Unruhe, als schwere Episode zu erfassen.

Das ICD-10 unterscheidet hingegen in drei Haupt- und sieben Nebensymptome. Für die Diagnose einer leichten oder mittelgradigen Depression müssen in den letzten zwei Wochen mindestens zwei von drei Hauptkriterien vorliegen, bei einer schweren Episode alle drei Leitsymptome. Die Anzahl der Nebensymptome entscheidet über den Schweregrad, mindestens zwei müssen bei einer leichten Episode vorliegen, drei bis vier bei einer mittelgradigen und mehr als zwei Nebensymptome, zusätzlich zu den drei Hauptsymptomen, bei einer schweren Episode. Weitere Symptome (somatische, psychotische) und der Verlauf (monophasisch, rezidivierend oder bipolar) führen schliesslich zur Diagnose. Eine Übersicht über die Diagnosestellung nach ICD-10 inklusive der Haupt- und Zusatzsymptome gibt Abbildung 1.



**Abbildung 1:** Diagnose depressiver Episoden nach ICD-10-Kriterien (Quelle: Rudolf, Bermejo, & Schweiger, 2006)

## 2 Depressionstheorien

### 2.1 Psychoanalytische Theorien

Den klassischen psychoanalytischen Theorien der Depression liegen historisch begründet unterschiedliche Modelle der Depression zu Grunde. Während die ersten Vertreter wie Freud (1915/1991), Abraham (1924/1971a), Rado (1927) und Fenichel (1945/2005) von einem triebdynamischen Modell ausgingen, wurden diese Theorien im Laufe der Zeit von Vertretern eines Ich-Psychologischen Modells wie Bibring (1952) oder Jacobson (1971/1978) weiterentwickelt. Es folgte mit Klein (1935; 1940/1989) ein Übergang zur Objektbeziehungstheorie, welche unter anderem von Bowlby (1980/2006) und Spitz und Wolf (1946) zu einem objektbeziehungstheoretischen Modell der Depression ausgearbeitet wurde.

Die folgenden Ausführungen zur psychoanalytischen Depressionstheorie sind nicht als allumfassende und vollständige Darstellung zu verstehen. Ihr Ziel ist stattdessen, Blatts theoretische Überlegungen zur Depression nachzuzeichnen. Der Fokus liegt deshalb auf den für seine Theorie relevanten Aspekten verschiedener Depressionsmodelle. Eine umfassende Übersicht zur Entwicklung der psychoanalytischen Theorie der Depression findet man beispielsweise bei Böker (2001), oder bei Eike-Spengler (1977).

Als Ausgangspunkt für seine eigene Theorie betrachtet Blatt (z. B. 2004; 1976) zunächst einmal Freuds Ausführungen in *Trauer und Melancholie* (Freud, 1915/1991). Darin vergleicht und grenzt Freud die Melancholie vom normalen Prozess des Trauerns ab:

Die Melancholie ist seelisch ausgezeichnet durch eine tief schmerzliche Verstimmung, eine Aufhebung des Interesses für die Aussenwelt, durch den Verlust der Liebesfähigkeit, durch die Hemmung jeder Leistung und die Herabsetzung des Selbstgefühls, die sich in Selbstvorwürfen und Selbstbeschimpfungen äussert und bis zur wahnhaften Erwartung von Strafe steigert. Dies Bild wird unserem Verständnis näher gerückt, wenn wir erwägen, dass die Trauer dieselben Züge aufweist, bis auf einen einzigen; die Störung des Selbstgefühls fällt bei ihr weg. Sonst aber ist es dasselbe. (Freud, 1915/1991, S. 429)

Freud vermutet, dass der Melancholie (ähnlich wie bei der Trauer) ein Objektverlust zugrunde liegt, dieser jedoch nicht immer bewusst erfasst werden kann. „So würde uns nahe gelegt, die Melancholie irgendwie auf einen dem Bewusstsein entzogenen Objektverlust zu beziehen, zum Unterschied von der Trauer, bei welcher nichts an dem Verluste unbewusst ist“ (Freud, 1915/1991, S. 431).

Gemäss Blatt (2004) versucht Freud in Zusammenhang mit dem in der Melancholie erlebten Objektverlust zwei zentrale, aber unterschiedliche Prozesse in einem gemeinsamen Konzept zu vereinen. Der eine Prozess steht in Zusammenhang mit einer sehr frühen Entwicklungsphase – der oralen Einverleibung – einer Vorstufe der reiferen Objektwahl und beinhaltet die narzisstische Identifizierung mit einem Objekt. Durch Regression auf diese frühe Stufe kann die Liebesbesetzung zu dem aufgegebenen Objekt erhalten werden. Der andere Prozess, welcher mit einer späteren, d. h. höheren psycho-

sexuellen Entwicklungsphase verbunden ist, hängt mit der Ausbildung des Über-Ichs und der beginnenden Auflösung des Ödipuskomplexes zusammen und beinhaltet Gefühle wie Schuld, Selbstbestrafung und Selbstvorwürfe. Bei diesem Prozess ist das Resultat des Objektverlustes eine überhöhte Selbstkritik und ein völliger Verlust des Selbstwertes. „Der Kranke schildert uns sein Ich als nichts-würdig, leistungsunfähig und moralisch verwerflich, er macht sich Vorwürfe, beschimpft sich und erwartet Ausstossung und Strafe“ (Freud, 1915/1991, S. 431).

Für Freud bildet das Zusammenspiel dieser beiden Prozesse die Grundlage für das Verständnis der Melancholie (S. 435):

Der Schatten des Objekts fiel so auf das Ich, welches nun von einer besonderen Instanz wie ein Objekt, wie das verlassene Objekt, beurteilt werden konnte. Auf diese Weise hatte sich der Objektverlust in einen Ichverlust verwandelt, der Konflikt zwischen dem Ich und der geliebten Person in einen Zwiespalt zwischen der Ichkritik und dem durch Identifizierung veränderten Ich.

Blatt glaubt, dass Freud in seinen Ausführungen zwei grundlegend unterschiedliche Depressionserfahrungen (Experience of Depression) beschrieben hat, welche nicht etwa zu einem Modell integriert werden sollten, sondern viel mehr dazu dienen können, zwei Typen von Depressionen zu unterscheiden. Ihm zufolge stehen im Erleben des einen Typus der Depression hauptsächlich interpersonelle Aspekte wie Abhängigkeit, Hilflosigkeit und das Gefühl des Verlustes und des Verlassenwerdens im Vordergrund, beim anderen Typus handelt es sich um eine Depression, welche von einem harschen, strafenden Über-Ich herrührt und hauptsächlich auf Selbstkritik, mangelnden Selbstwert und Versagens- bzw. Schuldgefühle fokussiert ist (Blatt, 2004).

Die von ihm postulierten unterschiedlichen Arten depressiver Erfahrung, Verlust und Einsamkeit auf der einen Seite, Wertlosigkeit und Schuldgefühle auf der anderen, werden ihm zufolge mehrfach in der psychoanalytischen Literatur genannt, jedoch sehr kontrovers diskutiert. „The literature seemed to suggest that both these issues occur in depression, but often in relatively independent ways“ (Blatt, 2004, S. 22). So wird in einer der frühen Arbeiten zur Depression von Abraham (1924/1971a; 1924/1971b), eine orale Fixierung als Hauptmerkmal der Depression genannt. Es sind Abraham zufolge frühe, sich wiederholende Frustrationen in der oralen Befriedigung, welche den ambivalenten und feindseligen Gefühlen des Depressiven gegenüber dem Objekt zugrunde liegen.

Vor dem Hintergrund von Freuds Strukturtheorie (1923/1991) sah Rado (1927) das *Ich* des Melancholikers als den zentralen Aspekt der Depression an. Der Melancholiker ist ihm zufolge besonders anfällig für narzisstische Herabsetzung. Ähnlich wie bei Freud, wird die Enttäuschung durch ein Liebesobjekt, die zur narzisstischen Regression führt und so die projektive Spaltung dieses Liebesobjektes in Gut und Böse nach sich zieht, als Ursache der depressiven Symptomatik gesehen. Der ins Über-Ich introjizierte gute Teil wendet sich dann strafend gegen das Ich, welches mit dem bösen Teil identifiziert ist. Daraus resultiert ein drohender Verlust desselben, welcher in der typischen depressi-

ven Leere und Angst seinen Ausdruck findet (siehe auch Böker, 2001). Rado betrachtete die Depression aber zugleich auch als Heilungsversuch, welcher nur mittels des Objektes gelingen kann:

Wir gelangen so zur Einsicht, dass der melancholische Vorgang einen grosszügigen und mit eher psychologischer Konsequenz durchgeführten Reparations- (Heilungs-) Versuch darstellt. Er will das durch den Liebesverlust vernichtete Selbstgefühl des Ichs erneuern, seine zerstörte Liebesbeziehung wieder herstellen, das Ich gleichsam vorbeugend vor der Wiederholung so schwerer Schädigung behüten und in diesem Interesse die Ursache des Unheils – die Ambivalenz des Ichs und die des Objektes – aus der Welt schaffen. (Rado, 1927, S. 453)

Melanie Klein (1935; 1940/1989) postulierte eine *depressive Position*, welche sie als normale Entwicklungsphase eines Kindes in der Mutter-Kind-Beziehung des ersten Lebensjahres ansiedelte. Sie sah diese als eine Voraussetzung dafür, später überhaupt depressiv werden zu können.

... in my view, the infantile depressive position is the central position in the child's development. The normal development of the child and its capacity for love would seem to rest largely on how the ego works through this nodal position. (1935, S. 174)

In der depressiven Position, im Gegensatz zur vorangegangenen schizoid-paranoiden Position, wird das Objekt erstmals als Ganzes introjiziert. Dadurch sind die Ängste des Kindes nun auf den Verlust des Objektes und auf die Beziehung zum Objekt gerichtet. Kann in der depressiven Position die Ambivalenz gegenüber dem Objekt nicht aufgelöst werden und findet keine Internalisierung des guten Objektes statt, kommt es gemäss Klein zur ersten depressiven Erfahrung: zum Verlust des Objektes. Dies sei, gemäss Klein, die Prädisposition für eine spätere depressive Erkrankung.

Blatt (2004) bezieht sich in Hinblick auf die kindliche Entwicklung als prädispositionierender Faktor für eine Depression auch auf Anna Freud (1952; 1971). Ihr zufolge ist das Akzeptieren eines Objektverlustes nur möglich, wenn durch Internalisierung bereits ein gewisses Mass an Repräsentation des Liebesobjekts erreicht wurde. Ohne diese Objektkonstanz kann der Verlust des Objektes zur Depression führen.

Blatt schliesst daraus, dass die Qualität der Objektbeziehung und die Internalisierungsstufe der Objektrepräsentation wesentlich die Anfälligkeit für eine Depression mitbestimmen (Blatt, 2004, S. 26).

Die Ausführungen von Bibring (1952) und Fenichel (1945/2005) zieht Blatt heran, um zwei unterschiedliche Arten der depressiven Erfahrung hervorzuheben, welche eine zentrale Rolle in seiner eigenen Theorie spielen. Auch Fenichel sah die orale Fixierung als grundlegende Ursache der Depression an, ging aber davon aus, dass nicht so sehr der Verlust des Liebesobjekts, sondern vielmehr die Zerstörung des Selbstwertgefühles im Mittelpunkt steht. Dieser Selbstwertverlust kann auf zwei Arten erfolgen:

Bei der Phänomenologie der Depression steht ein mehr oder weniger grosser Verlust von Selbstgefühl im Vordergrund. Beruht er darauf, dass die Patienten von äusserer Zufuhr abgeschnitten sind,

so lautet die subjektive Formel der Depression: „Ich habe alles verloren; jetzt ist die Welt leer.“ Be-  
ruht er hingegen auf einem Verlust innerer Zufuhr von seitens des Über-Ich, so ist er auf die Formel  
zu bringen: „Ich habe alles verloren, weil ich nichts verdiene.“ (Fenichel, 1945/2005, S. 277)

Blatt (2004, S. 27) weist darauf hin, dass Fenichel in seinen Ausführungen zwei unterschiedliche  
Möglichkeiten zur Verringerung des Selbstwertgefühls beschreibt: (1) eine frühe Stufe, in der die Her-  
absetzung oder Annihilation (Selbstentwertung) aufgrund der Unverfügbarkeit der Versorgenden Per-  
son und deren Ressourcen geschieht und (2) eine spätere Stufe, in der die Selbstentwertung und der  
Verlust des Selbstwertes durch die Verurteilung des Über-Ichs „etwas falsch gemacht zu haben“ ge-  
schieht. Gemäss Blatt beschreibt Fenichel zwei Typen der Depression, wobei der eine oraler Natur  
ist, während der andere Depressionstypus entwicklungspsychologisch fortgeschrittener ist und auf  
Selbstwertverlust im Rahmen ödipaler Konflikte beruht.

Bibring (1952) lehnte im Gegensatz zu Fenichel die orale Fixierung als hauptsächliche Ursache der  
Depression ab und ging davon aus, dass die Depression ein Zustand der Hilflosigkeit ist, welcher  
durch die Diskrepanz zwischen den eigenen Strebungen und der Machtlosigkeit, diesen Strebungen  
nachzukommen, entsteht. Das Gefühl der Hilflosigkeit kann dabei durchaus auf einer oralen Stufe  
entstehen, genauso kann es aber auf einer analen oder einer phallischen Stufe stattfinden:

Im allgemeinen kann man sagen, dass alles was das Selbstvertrauen des Ichs verringert oder  
lähmt, ohne narzisstisch wichtige Ziele zu verschieben, Vorbedingungen für die Depression schafft.  
Externe und interne, reale und symbolische Faktoren können bewusst oder unbewusst die Ableug-  
nung von Schwächen, Niederlagen oder Gefahren widerlegen, können Systeme der Selbsttäu-  
schung erschüttern, können Hoffnungen zerstören, Mangel an Liebe oder Respekt sichtbar werden  
lassen, die Existenz von unerwünschten Impulsen, Gedanken oder Geltungsbedürfnissen im eige-  
nen Ich offenbaren, oder beweisen, dass latente oder neutralisierte Ängste in Wirklichkeit gerech-  
tfertigt sind. Das Resultat bleibt das gleiche: Das Individuum wird sich in seiner Einsamkeit, Isolie-  
rung, Schwäche, Minderwertigkeit, Börsartigkeit oder Schuld hilflos und ohnmächtig fühlen (Bibring,  
1952, S. 97).

Sowohl Bibring als auch Fenichel sahen die Depression zwar als einheitliches Phänomen, bei ihren  
Ausführungen wird gemäss Blatt jedoch ersichtlich, dass das mehrheitliche Vorherrschen von Abhän-  
gigkeit auf der einen oder Schuld auf der anderen Seite, einen wichtigen Hinweis auf eine bedeutsa-  
me Unterscheidung in der Qualität einer Depression geben kann. Belege für das Vorliegen einer sol-  
chen Unterscheidung von depressiven Typen sieht er unter anderem auch in den beiden  
Falldarstellungen von Anthony (1970). Dieser präsentierte zwei kurze klinische Fallvignetten und  
schloss daraus:

This would, therefore, lead to the possible delineation of two types of adolescent depression. In type  
one, the psychopathology would be mainly preoedipal and based on a marked symbiotic tie with the  
omnipotent, need-satisfying mother. [...] The type two depression is more oedipal in nature with a

great deal of guilt and moral masochism associated with a punitive superego. (Anthony, 1970, S. 849)

Laut Blatt weist das erste klinische Beispiel von Anthony eine bezeichnende Abhängigkeit auf, das zweite Beispiel veranschaulicht einen heftigen Internalisierungskampf. Dies unterstreicht laut Blatt die Notwendigkeit, diese beiden Arten der Depression zu unterscheiden, da unterschiedliche Objektpräsentationen vorliegen (Blatt, 2004, S. 29).

Schliesslich verweist Blatt auch noch auf Schmale (1972), welcher zwei verschiedene depressive Affekte unterschied, nämlich die *Hoffnungslosigkeit* und die *Hilflosigkeit*. Hilflosigkeit ist dabei mit Verlust von Gratifikation verbunden, Hoffnungslosigkeit mit Kastrationserfahrung und dem Bewusstsein einer unerreichbaren Akzeptanz in Bezug auf eine Beziehung oder eine Bestrebung. Aus den dargestellten theoretischen Überlegungen zur psychoanalytischen Depressionstheorie schliesst Blatt:

Thus, the classical psychoanalytical literature on depression, consistent with my clinical experience, indicates two major independent foci in depression and maintains that these foci define two major types of disorders that are both called depression because they both involve intense sadness and dysphoria. (Blatt, 2004, S. 29)

## 2.2 Typisierungsansätze

Parallel zu Blatt haben verschiedene klinische Forscher unterschiedlicher theoretischer Ausrichtung ebenfalls Überlegungen zu Unterteilung der Depression unternommen. John Bowlby (1980/2006) beschrieb von einem objektbeziehungstheoretischen Ansatz *ängstlich-gebundene* und *zwanghaft-unabhängige Personen*. Hierfür zog er ethologische Überlegung heran und beschrieb, wie sich diese beiden Typen hinsichtlich ihrer Anfälligkeit für depressive Erfahrungen unterscheiden. Silvano Arieti und Jules Bemporad (1978/1983) differenzierten von einem psychoanalytisch-interpersonellen Standpunkt aus zwischen dem *Dominanten-Anderen*-Typus der Depression und dem *Dominates-Ziel*-Typus der Depression. Aaron Beck (1983) konzeptualisierte schliesslich vor dem Hintergrund der kognitiv-behavioralen Theorie einen *Soziotropen Typus* und einen *Autonomen Typus* der Depression. Blatt folgert daraus, dass, unabhängig von der theoretischen Ausrichtung, Depressionen anhand von Abbrüchen in interpersonalen Beziehungen auf der einen Seite und Störungen des Selbstwertes auf der anderen Seite, unterschieden werden können. Im Folgenden werden diese unterschiedlichen theoretischen Ansätze genauer dargestellt.

### **Bowlby: ängstlich-gebunden und zwanghaft unabhängig**

Bowlbys (1980/2006) grundlegende Hypothese ist gemäss Blatt (2004), dass die Art der emotionalen Bindungen, welche wir in der frühen Kindheit ausbilden, später unsere interpersonellen Beziehungen, unsere Persönlichkeitsentwicklung und unsere psychische Gesundheit beeinflussen. Durch sie werden Bindungsmuster ausgebildet, von sich selbst, den anderen und der Beziehung zwischen einan-

der, welche zentral die weiteren individuellen Erfahrungen und Interpretationen der eigenen Umwelt mitbestimmen. Bowlby diskutierte diesbezüglich unterschiedliche Beziehungsmuster: Eine *sichere Bindung* ist gekennzeichnet durch ein Vertrauen in die Beziehung zu den Eltern, eine Gewissheit, dass diese verfügbar und zugewandt sind und sie ist zudem durch ein relativ niedriges Angstlevel definiert. Ein *unsicher-ambivalenter Bindungsstil* kann Folge einer Bezugsperson sein, die zu manchen Zeiten verfügbar und versorgend war, zu anderen Zeiten jedoch teilnahmelos und abweisend. Kinder mit einem solchen Bindungsstil zeigen sich häufig hilflos, anspruchsvoll, angespannt, impulsiv und sind schnell frustriert. Der *ängstlich-vermeidende Bindungsstil* resultiert meistens aus wiederholter Zurückweisung durch die Eltern. Diese Kinder zeigen sich häufig feindlich, emotional isoliert oder auch zeitweise aufmerksamkeitsfordernd, aufgrund der Überzeugung, dass sie keine Hilfe oder Unterstützung bekommen, wenn sie diese benötigen. Die *unsicheren Bindungen* sind ein Resultat von dem erwarteten oder realen, vorübergehenden oder dauerhaften Verlust der Elternfigur bzw. primären Bezugsperson. Da Depression gerade eng mit Verlust verknüpft zu sein scheint, schliesst Bowlby (1980/2006), dass eine Vulnerabilität für Depression von diesen frühen Bindungserfahrungen beeinflusst wird.

Blatt weist darauf hin, dass Bowlby keine detaillierte Beschreibung von verschiedenen Depressionstypen vorgenommen hat. Bowlby formulierte allerdings verschiedene Persönlichkeitsmerkmale, welche in Kombination mit einem Verlust zu einer depressiven Störung führen können (Bowlby, 1980/2006). Dies beträfe z. B. Personen mit einer ängstlichen oder ambivalenten Bindung. In der ängstlich-ambivalenten Bindung sind Abhängigkeit und Angst an Feindseligkeit gegenüber der Bezugsperson und der Angst vor Zurückweisung durch diese gekoppelt. Dieses Muster von Angst und Abhängigkeit sieht Blatt als übereinstimmend mit seiner Beschreibung einer anaklitischen bzw. abhängigen Depression. Auch Personen, die sich als Resultat einer ängstlich-vermeidenden Bindung möglichst von jeglichen emotionalen Verbindungen frei machen, sind gemäss Bowlby für eine Depression anfällig. Blatt sieht in der Beschreibung dieses Bindungsmusters eine Ähnlichkeit zur introjektiven bzw. selbstkritischen Depression.

Bowlby (1980/2006) diskutierte ausserdem drei Arten von frühkindlichen Erfahrungen, die die Vulnerabilität für Depressionen erhöhen: (1) Es wird nie eine sichere und stabile Beziehung zur Elternfigur hergestellt, obwohl versucht wird, den Anspruch der Eltern zu erfüllen; (2) dem Kind wird das Gefühl gegeben, inkompetent und nicht liebenswert zu sein, wodurch das Kind beginnt, alle Beziehungen für feindlich und zurückweisend zu halten; (3) tatsächlicher Verlust der Eltern in der Kindheit. Er geht davon aus, dass diese drei Arten der Kindheitserfahrungen kognitiv-affektive Schemata bilden, welche die Anfälligkeit für eine Depression erhöhen. Diese maladaptiven mentalen Repräsentationen von Beziehungen zu frühen Bezugspersonen können bis ins Erwachsenenalter anhalten, sodass frühere Gefühle wie Trauer, Sehnsucht und Wut, losgelöst von der damaligen Situation, im Hier und Jetzt auftreten können (Bowlby & Hillig, 1988/2010).



### **Arieti und Bemporad: dominanter Anderer und dominantes Ziel**

Im interpersonalen Modell von Arieti und Bemporad (1978/1983) ist die Vulnerabilität für eine depressive Erkrankung abhängig von der Ideologie einer Person. Den Grund für die Ausbildung dieser maladaptiven Ideologien und daraus resultierenden Lebensstilen sahen sie genau wie Bowlby (1980/2006; 1988/2010) in unterschiedlichen Kindheitserfahrungen. Sie legen den Fokus im Gegensatz zu Bowlby jedoch mehr auf die erwachsene Persönlichkeitsstruktur und nicht nur auf die frühen Beziehungserfahrungen.

Arieti und Bemporad unterschieden die prädepressive Persönlichkeit des *dominanten Anderen* von einer Persönlichkeit mit einem *dominanten Ziel*. Beim *dominanten Anderen* wird das Gegenüber für den eigenen Selbstwert, die Wertschätzung und die Sinngebung im Leben benötigt, was zu einem passiven, manipulierenden und anhängenden Beziehungsverhalten führt. Die Ursprünge dieses depressiven Persönlichkeitsstils liegen in einer ständigen Unterwerfung und Anpassung des Kindes an die Wünsche des dominanten Elternteils, mit dem Ziel die Liebe und Wertschätzung desselben zu erlangen. Daraus resultiert eine ständige Angst, eben diese Liebe zu verlieren. Dementsprechend kann eine Depression dann auftreten, wenn der dominante Andere aufgrund von Tod, Trennung oder Scheitern der Beziehung nicht mehr zur Verfügung steht, was zu Schuldgefühlen, aber auch Wut und Hilflosigkeit führt. Ein Untertypus der *dominanten Anderen Depression*, die *fordernde Depression* („claiming Depression“) (Blatt & Maroudas, 1992), zeichnet sich sowohl durch ein aggressives Fordern von Wertschätzung und Anerkennung, als auch durch ein abhängiges Verhalten aus und hat grosse Ähnlichkeiten mit Bowlbys ängstlich-ambivalenter Bindung und Blatts anaklitischer Depression. Arieti und Bemporad weisen darauf hin, dass bei diesem Typus die Abhängigkeit besonders auffällt. „In der Regel finden sie einen Menschen, an den sie sich anlehnen können, und erwecken in diesem Menschen Schuldgefühle, wenn er nicht tut, was sie haben wollen“ (Arieti & Bemporad, 1978/1983 S. 205).

Beim *dominanten Ziel* wird die eigenständige Zielerreichung für Selbstwert und Befriedigung benötigt um sich dadurch wertvoll und frei zu fühlen. Wird das Ziel erreicht, dann fühlt sich eine Person mit einer dominanten Ziel-Persönlichkeit geliebt und wertgeschätzt. In der Regel vermeiden solche Personen Beziehungen und bevorzugen einen distanzierten, selbstbezogenen Lebensstil, der ganz im Auftrag des zu erreichenden Zieles steht. Das reale oder vermeintliche Nicht-Erreichen des Zieles bzw. das Realisieren, dass dieses eventuell völlig überhöhte Ziel gar nicht zu erreichen ist, kann dementsprechend zu der Ausbildung einer Depression führen. Aufgrund dieser Erkenntnis wird das Leben eines solchen Typus leer und bedeutungslos. Diese prädisponierende Persönlichkeit ist laut Blatt im Einklang mit der introjektiven Depression und sie ist auch Bowlbys ängstlich-vermeidendem Bindungstyp sehr ähnlich. Arieti und Bemporad (1978/1983) gehen davon aus, dass die *dominante Andere Depression* häufiger bei Frauen auftritt, während die *dominante Ziel Depression* bei Männern verbreiteter ist.

## **Beck: Soziotropie und Autonomie**

Aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Perspektive unterschied Beck (1983) (1) einen autonomen Typus der Depression und (2) einen soziotropen Typus der Depression. Im Gegensatz zu den oben beschriebenen psychodynamischen Ansätzen konzentriert sich Becks Theorie auf das Hier und Jetzt, d. h. auf aktuelle Lebensereignisse und nicht auf Erfahrungen in der Kindheit, welche als prädisponierende Faktoren für eine Depression gelten können. Grundlage seiner Theorie ist die kognitive Triade, laut der eine depressive Person sich selbst, ihre Erfahrung mit anderen Personen und die Zukunft in einer negativen Art sieht und bewertet. Die sogenannten kognitiven Schemata, welche diesen Bewertungen zugrunde liegen, werden in der kognitiven-Verhaltenstherapie exploriert und zu verändern versucht. In seiner Depressionstheorie inkludiert Beck die zwei oben genannten Persönlichkeitsdimensionen oder Modi, welche einen Einfluss auf die Ausbildung dieser Schemata haben. Beck (1983) unterscheidet diese Dimensionen hinsichtlich ihrer Charakteristika, der Ausprägung und Bedeutung ihrer Symptome, der Suizidalität und dem Ansprechen auf therapeutische Behandlung.

Im *Sozial Abhängigen Modus (Soziotropie)* ist der Wunsch nach Intimität, Anleitung und Wertschätzung vorherrschend. Personen mit diesem Modus suchen nach stabilen, langanhaltenden Beziehungen und fürchten deshalb besonders Kritik und Zurückweisung. Zurückweisung wird gefährlicher als das Alleinsein wahrgenommen, da dadurch das Risiko besteht, die versorgende Beziehung gänzlich zu verlieren. Zurückweisung führt auch zu einem Einbruch des Selbstwertes, da der Glaube daran verloren geht, von anderen Menschen Unterstützung und Hilfe zu bekommen. Veränderungen jeglicher Art werden vermieden, um nicht mit Situationen konfrontiert zu werden, die aus dem eigenen, subjektiven Erleben heraus nicht zu bewältigen sind. Symptomatisch zeigt sich eine grosse Stimmungs labilität und Beschäftigung mit dem eigenen Aussehen und Können. Sie weinen schneller, reagieren stark (aber meist nur temporär) auf Unterstützung und fordern häufig Hilfe ein. Insgesamt ist dieser Typus mit Themen der Deprivation beschäftigt. Suizidalität tritt vor allem in Form des Wunsches „Ich will nicht mehr“ auf und umfasst eher passive Suizidmethoden wie Überdosierung von Medikamenten. Patienten mit dieser Orientierung sind häufig sehr optimistisch bezüglich einer Behandlung und zeigen temporär eine schnelle Symptomreduktion. Als Auslöser einer Depression findet sich häufig der Verlust einer wichtigen Bezugsperson durch Tod oder Zurückweisung. Dieser Persönlichkeitsmodus kommt häufiger bei Frauen als bei Männern vor (Beck, 1983).

Im *Autonomen Modus* (Individualität) ist eine übermässige Ziel- und Leistungsorientierung vorherrschend. Die gesetzten Ziele sind häufig höher als die gesellschaftliche Norm und werden von der Person selbst sehr kritisch bewertet. Personen in diesem Modus sind weniger empfänglich für Lob oder Kritik und sind insgesamt schlechter in der Lage, die Gefühle anderer einzuschätzen. Sie sind weniger reflexionsfähig, konzentrieren sich mehr auf das Handeln als auf das Denken und fokussieren sich vor allem auf das positive Ergebnis einer Handlung, als auf die potenzielle Gefahr einer negativen Konsequenz. Generell fragen sie ungern nach Hilfe und können diese nur schwer annehmen. Symptomatisch zeigen sie einen Interessenverlust an anderen Personen, sind sehr selbstkritisch, ziehen sich sozial zurück, weinen seltener, zeigen eher feindselige Tendenzen in der Depression und

sind sehr mit der eigenen Funktionsfähigkeit beschäftigt. Das Thema dieses Typus der Depression ist die Niederlage bzw. der Misserfolg. Suizidale Gedanken verkörpern häufig den „Ausweg aus einer ausweglosen Situation“. Es wird häufiger zu „harten“ Suizidmethoden gegriffen, wie Strangulation oder Feuerwaffen. Patienten mit diesem Depressionstyp sind meistens pessimistisch gegenüber der Behandlung oder generell der Hilfe von Anderen. Auslösende Faktoren sind objektiv nicht immer leicht zu erkennen, drehen sich aber meistens um ein subjektiv wahrgenommenes Versagen oder einen Misserfolg. Männer zeigen diesen Modus der Depression häufiger als Frauen (Beck, 1983). Becks Persönlichkeitsmodi weisen grosse Ähnlichkeiten mit den theoretischen Ansätzen von Bowlby bzw. Arieti und Bemporad auf und können gemäss Blatt (2004) als Beispiele für die anaklitische und introjektive Depression gesehen werden. Blatt weist aber darauf hin, dass Beck davon ausging, dass zwischen den beiden Modi je nach Lebensumstand gewechselt werden kann. Dies widerspricht der ansonsten üblichen Sicht, dass Persönlichkeitseigenschaften bis zu einem gewissen Grad stabil sind. Beck sieht die Depressionsmodi dementsprechend weniger als unterschiedliche Vulnerabilitäten, welche aufgrund der Erfahrungen und Entwicklungen der Kindheit entstanden sind, sondern mehr als Reaktion auf unerwartete Lebensereignisse.

### 2.3 Depressionstheorie von Sidney J. Blatt

Die im vorhergehenden Abschnitt dargestellten Ansätze von Bowlby (1980/2006; 1988/2010), Arieti und Bemporad (1978/1983) und Beck (1983) zeigen gemäss Blatt, dass es bei Vertretern unterschiedlicher theoretischer Richtungen eine Unzufriedenheit mit der symptomatisch orientierten Kategorisierung von Depressionen gibt. Die aus dieser Unzufriedenheit entstandenen Vorschläge zur Unterscheidung von Depressionstypen bzw. -dimensionen anhand unterschiedlicher Lebenserfahrungen bzw. Lebensthemen zeigen untereinander grosse Konvergenzen und decken sich mit seinen eigenen theoretischen Überlegungen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass von den oben genannten Autoren und im Einklang mit der klassischen psychoanalytischen Literatur (Abraham, 1924/1971a; Bibring, 1952; Fenichel, 1945/2005; Freud, 1915/1991; Jacobson & Deserno, 1971/1978; Schmale, 1972; Spitz, 1946) bei der Unterscheidung von Subtypen der Depression vor allem zwei zentrale Erfahrungen als Ursache diskutiert werden: (1) Der Unterbruch einer wichtigen, befriedigenden Beziehung (z. B. durch Objektverlust) und (2) die Störung des positiven Selbstwertes (z. B. durch Misserfolg) (Blatt, Luyten, & Corveleyn, 2005).

Blatts Depressionstheorie ist eine Integration aus ich-psychologischen, entwicklungspsychologischen, psychoanalytischen und bindungstheoretischen Konzepten und entstand angeregt durch seine klinischen Erfahrungen mit depressiven Patienten<sup>1</sup>. Dies veranlasste ihn zu einer Durchsicht und Evaluation der klassischen psychoanalytischen Literatur und den psychologischen Bindungs- und Entwicklungstheorien. In Anlehnung daran formulierte er die Theorie eines *anaklitischen* Typus der Depression und eines *introjektiven* Typus der Depression (Blatt, 1974), bzw. einer *abhängigen* und

---

<sup>1</sup> Klinische Falldarstellung von Helen H. und George L. (Blatt, 1974)

einer *selbstkritischen* Depression (Blatt, D'Afflitti, & Quinlan, 1976; Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald, & Zuroff, 1982). Diese unterscheiden sich ihm zufolge hinsichtlich ihrer Genese, ihrer klinischen Manifestation und ihrer zugrundeliegenden unbewussten Konflikte. Er sieht dabei die Vulnerabilität für eine anaklitische oder introjektive Depression als stabile Persönlichkeitseigenschaft, welche ihre Ursache in der frühen kindlichen Entwicklung hat. Einer der Hauptunterschiede zwischen der anaklitischen und der introjektiven Depression ist ihm zufolge die Stufe der Objektrepräsentation, auf der sich die Person befindet.

### **2.3.1 anaklitische (abhängige) Depression**

Anaclitic (or dependent) Depression is characterized by a dysphoric tone stemming from feeling unloved, unwanted, neglected, and abandoned. The individual expresses a childlike dependency; has little capacity for frustration; and desires to be fed, comforted, and soothed in a direct and immediate fashion. Early disruptions in caring relationships, consisting of deprivation, inconsistency, or overindulgence, lead to an inordinate fear of loss of love, abandonment, and impoverishment. The individual feels helpless about finding gratification for his or her hunger for love. (Blatt, 2004, S. 30)

Der Begriff der anaklitischen Depression wurde in der Literatur zunächst verwendet um die lethargische bzw. apathische Reaktion von Säuglingen auf die Abwesenheit ihrer Mutter zu beschreiben. Die Untersuchungen von Spitz und Wolf (1946) zum Verhalten von Kleinkindern, welche innerhalb von Institutionen zwar eine basale Grundversorgung, aber kaum physische Zuwendung erhielten, waren Beispiel für eine extreme Form dieser anaklitischen Depression. Blatt (1974; 2004) verwendet den Begriff der anaklitischen Depression in einem etwas weiteren Sinne als Spitz und Wolf, jedoch in Einklang mit Freuds Verwendung des Begriffes, welcher vom griechischen Wort „*anaclitas*“ = sich auf jemanden stützen/auf jemanden angewiesen zu sein, stammt. Wie Freud verweist der Begriff auch bei Blatt auf eine kindlichere Form der Objektwahl, bei der die Mutter zur Versorgung und Beruhigung gebraucht wird. Damit entspricht sie einer „einfacheren“ Depressionsform, wie sie von verschiedenen psychoanalytischen Autoren (Abraham, 1924/1971a; Freud, 1915/1991; Jacobson & Deserno, 1971/1978) beschrieben wurde. Sie ist charakterisiert durch ihre orale Ausprägung und verbunden mit frühkindlichen Erfahrungen wie Liebesverlust, narzisstische Kränkung und der Angst zu Verhungern.

Die anaklitische Depression wird von Blatt (z. B. 1974; 2004) wie folgt beschrieben: Sie zeichnet sich durch ein primäres Gefühl von Hilflosigkeit, Schwäche, Einsamkeit, Auszehrung und dem Gefühl, nicht geliebt zu werden, aus. Die vorherrschende Angst ist, verlassen bzw. hilflos zurückgelassen zu werden, zu „verhungern“, keine Unterstützung zu bekommen und keine Wertschätzung mehr zu finden. Sie zeigt sich in einer kindlichen Abhängigkeit, mit einer sehr geringen Frustrationstoleranz und dem starken Verlangen umsorgt, gefüttert und beruhigt zu werden. Ursachen sind gemäss Blatt frühe Unterbrüche in der Beziehung zur primären Versorgungsperson, die in Form von Unbeständigkeit oder Verlust auftreten und, grosse Angst vor Liebesverlust und dem Verlassenwerden nach sich zie-

hen. Das Handeln ist darauf ausgerichtet, eine ständige, unterstützende, beruhigende, befriedigende und versorgende Beziehung zu einem wichtigen Anderen aufrechtzuerhalten. Der reale oder aufgrund von Trennung oder Zurückweisung befürchtete Verlust dieser versorgenden Person kann dementsprechend eine Depression auslösen oder unreife Abwehrmechanismen wie Verleugnung oder die Suche nach sofortigem Ersatz nach sich ziehen (Beutel, Wiltink, Hafner, Reiner, Bleichner, & Blatt, 2004).

Die anaklitische Depression ist häufig mit einer Vielzahl von körperlichen Symptomen verbunden, einer Störung der Nahrungsaufnahme (meist erhöhter Appetit), Weinen, Ängstlichkeit, Affektlabilität und phobischen Beschwerden (Blatt et al., 1982). Die Suizidalität zeigt sich gemäss Blatt (2004) bei dem anaklitischen Typus eher in suizidalen Gesten, beispielsweise der Einnahme einer Überdosis an Medikamenten, und stehen im Dienste der Einforderung von Unterstützung und Hilfe. Luyten, Blatt und Corveleyn (2005a) vermuten, dass anaklitische Patienten besser auf unterstützende, eventuell sogar standardisierte Psychotherapien, in denen der Therapeut eine aktive, supportive und direkte Rolle übernimmt, reagieren. Eine therapeutische Veränderung wird beim anaklitischen Patienten insbesondere durch die Qualität ihrer zwischenmenschlichen Beziehungen ersichtlich (Blatt, 2004; Blatt et al., 2005).

Die Objektrepräsentation ist bei Patienten mit einer anaklitischen Depression stark polarisierend im negativen oder positiven Sinne. Häufig konnte keine stabile bzw. tragbare Objektrepräsentation hergestellt werden, weshalb Trennung oder Verluste kaum ertragen werden und ein ständiges Verlangen besteht, in direktem Kontakt mit dem Objekt zu bleiben. „[...] the representation of the object in anacletic depression is primarily focused on experience of frustration and gratification – of either blissful union or utter depletion, depending on the direct availability of the object” (Blatt, 2004, S. 49). Die Objektrepräsentation ist in dem Sinne beeinträchtigt, dass befriedigende Erfahrungen mit dem Objekt kaum internalisiert wurden. Aufgrund dieser Einschränkungen der Internalisierungsfähigkeit und der wenig entwickelten Objektrepräsentation wird ständig ein direkter, bedürfnisbefriedigender Kontakt zum Objekt gesucht. Dies führt dazu, dass eine grosse Anfälligkeit für das Gefühl der Einsamkeit besteht. Patienten mit einer anaklitischen Depression beschreiben ihre Eltern häufig aus einer egozentrischen Perspektive, indem sie darauf verweisen, was die Eltern getan bzw. nicht für sie getan haben. Blatt (1974) bringt dies mit dem sensomotorischen bzw. präoperationalen Stadium nach Piaget (1958/1990) in Verbindung.

Frauen zeigen in der Regel höhere Werte für Abhängigkeit als Männer (z. B. Blatt et al, 1982; Chevron, Quinlan, & Blatt, 1978; für eine Übersicht siehe Blatt, 2004). Blatt vermutet, dass in der westlichen Kultur Abhängigkeit bei Frauen ausgeprägter ist, da die westliche Gesellschaft bei ihnen ein höheres Mass an Verbundenheit und Bindungsbereitschaft schätzt als bei Männern (Chevron et al., 1978). Daraus entwickelte er die Geschlechts-Inkongruenz-Hypothese, gemäss welcher Frauen mit einem höheren Mass an Selbstkritik als Abhängigkeit, die also von der gesellschaftlichen Norm abweichen, besonders für eine Depression oder eine andere psychische Störung gefährdet sind (Blatt, 2008).

### 2.3.2 Introjektive (selbstkritische) Depression

Introjective (self-critical) depression is typified by punitive, harsh self-criticism; self-loathing; blame; guilt; and depression, and intense involvement in activities is designed to compensate for feelings of inferiority, worthlessness, and guilt. Excessive ideals, a harsh superego, and a constant drive to perform and achieve are associated with guilt and shame over not having lived up to expectations, reflecting the internalization or introjection of the values and attitudes of harsh judgmental and critical parent figure(s). Efforts are so concentrated on achievement to gain approval and to compensate for feelings of failure and inadequacy that the capacity for enjoyment is impaired. (Blatt, 2004, S. 32)

Den Begriff der introjektiven Depression verwendet Blatt (1974; 2004) um zum Ausdruck zu bringen, wie dieser Typus der Depression mit der Ausbildung des Über-Ichs und dem vorherrschenden Prozess der Introjektion auf dieser Stufe der psychologischen Entwicklung verbunden ist. Er bezieht sich dabei unter anderem auf Jakobsons (1954) *introjektive Identifikation*, welche zur Ausbildung eines strengen und unnachgiebigen Über-Ichs führen kann, wenn die Identifizierung mit einem schlechten Objekt erfolgt. Die introjektive Depression erfordert daher ein höheres Niveau an psychologischer Entwicklung und eine grössere Kapazität der Internalisierungsfähigkeit als die anaklitische Depression.

Die introjektive Depression beschreibt Blatt (z. B. 1974, 2004) folgendermassen: Das primär vorherrschende Gefühl ist gekennzeichnet von Schuld, Unterlegenheit, harter Selbstkritik, Selbstzweifel, Selbsthass und Wertlosigkeit. Es besteht ein überhöhter Leistungsanspruch an sich selbst, ein Perfektionismus, welcher exzessiv verfolgt wird um ein positives Selbstbild aufrechtzuerhalten und sich dadurch Lob und Anerkennung zu sichern. Häufig wird Tätigkeiten nachgegangen, die einen Versuch darstellen, das Gefühl von Unterlegenheit und Wertlosigkeit zu kompensieren (z. B. Militärlaufbahnen). Das strenge Über-Ich urteilt hart über die erbrachten Leistungen, sodass Erfolge nur ein geringes oder kurz anhaltendes Gefühl von Befriedigung hervorbringen können. Genuss und Freude können nur sehr bedingt empfunden werden. Das Gefühl von Scham und Versagen tritt immer auf, wenn die selbstgesetzten Erwartungen nicht erfüllt werden. Beim introjektiven Typus sind es häufig die hohen und strengen Ansprüche einer Elternfigur, die internalisiert und so Teil des Ichs geworden sind. In interpersonellen Beziehungen zeigen sich solche Menschen oft ambivalent, abweisend und unnahbar. Aufgrund der hohen Selbstansprüche und der harschen Selbstkritik können Misserfolge, bzw. subjektiv erlebtes Versagen zu schweren depressiven Krisen führen.

Blatt und Kollegen (1982) verbinden mit einer introjektiven Depression Symptome wie Anhedonie, sozialer Rückzug, Interesselosigkeit, anhaltende dysphorische Stimmung, Versagens- und Schuldgefühle. In der Behandlung zeigt der introjektive Typus ein schlechteres Ansprechen auf kurze Depressionsbehandlungen, kann aber essenziell von intensiven Langzeitbehandlungen profitieren, bei denen Erkenntnisgewinnung eine entscheidende Rolle spielt. Bei diesen wird die Autonomie und Kontrolle, die für introjektive Patienten von zentraler Bedeutung sind, nicht durch einen direktiven

Therapeuten oder eine limitierende Stundenanzahl eingeschränkt (Blatt, 1995; Luyten et al., 2005a). Bei introjektiven Patienten zeichnet sich eine therapeutische Veränderung vor allem bezüglich ihres kognitiven Funktionierens ab (Blatt, 2004; Blatt et al., 2005).

Die introjektive Depression erfordert, wie bereits erwähnt, ein höheres psychologisches Entwicklungsniveau, welches ein ausgereifteres Internalisierungsvermögen verlangt. Die Objektbeziehung geht über die direkte Bedürfnisbefriedigung hinaus und befindet sich auf einer späteren Stufe des Individuationsprozesses, d. h. das Verlangen nach Versorgung wurde durch das symbolische Verlangen nach Wertschätzung und Anerkennung ersetzt. Da bei der introjektiven Depression meist eine sehr ambivalente Beziehung zum primären Versorgungsobjekt besteht, wird der daraus entstehende Konflikt durch die Introjektion des Objektes gelöst. Dies bedeutet, dass der zunächst interpersonelle Konflikt durch die Introjektion zu einem intrapersonellen Konflikt wird. Es gibt also eine Abgrenzung zwischen Objekt- und Selbstrepräsentation, was auf das höhere Entwicklungsniveau hinweist und Voraussetzung für das Empfinden von Schuld ist: „... guilt requires a sense of self; a capacity to be self-reflective; and some appreciation for sequences of casualty, both in assuming responsibility for an act and in considering alternate modes of atonement and reparation“ (Blatt, 2004, S. 33).

Die vorherrschenden Abwehrmechanismen sind Identifikation mit dem Aggressor oder Überkompensation, wobei sich aggressive Impulse, welche gegen das Selbst oder andere gerichtet sind, in schweren Suizidversuchen zeigen können. Blatt (2004) weist darauf hin, dass Patienten mit einer introjektiven Depression ein erhöhtes Risiko für ernsthafte und tödliche Suizidversuche haben. Er veranschaulicht dies am Beispiel der unerwarteten Suizide von Personen des öffentlichen Lebens (Blatt, 1995; 2004)<sup>2</sup>. Blatt sieht die Ursache hierfür in der selbstkritischen Haltung, welche es erschwert über Versagen und Misserfolge zu sprechen und Unterstützung bzw. Hilfe einzufordern.

Analog zum anaklitischen Typus geht Blatt (2004) davon aus, dass Selbstkritik in der westlichen Gesellschaft bei Männern ausgeprägter ist, da Autonomie und Leistungsbereitschaft bei ihnen mehr geschätzt und gefördert wird als bei Frauen (Blatt, 2008; Chevron et al., 1978). Männer mit einer hohen Ausprägung an Abhängigkeit wären gemäss Blatts Geschlechts-Inkongruenz-Hypothese dadurch gefährdeter, eine depressive Störung zu entwickeln.

### **2.3.3 Entstehung der Depressionsdimensionen**

Um die pathologische Entwicklung der anaklitischen (abhängigen) und introjektiven (selbstkritischen) Dimension der Depression nachzuvollziehen, ist es von Nutzen, Blatts Modell zur normalen Persönlichkeitsentwicklung darzustellen, um in Bezug auf dieses die pathologische Entwicklung abzugrenzen.

Für Blatt gibt es zwei grundsätzliche psychologische Dimensionen, deren Polarität nicht nur die persönliche Entwicklung des Menschen bedingt, sondern auch Auswirkungen auf die Entstehung von

---

<sup>2</sup> Fallvignette von Vincent Foster (Blatt 1995)

Psychopathologie hat und entscheidende Hinweise für den therapeutischen Prozess in der Behandlung dieser Psychopathologien liefern kann:

Interpersonal relatedness (attachment) and self-definition (separation) are fundamental psychological dimensions that are central to psychoanalytic thought, beginning with Freud, as well as in a wide range of nonpsychoanalytic formulations. These constructs provide a theoretical matrix that facilitates identifying continuities among personality development, variations in normal personality or character formation, concepts of psychopathology, and mechanisms of therapeutic action. (Blatt, 2007, S. 494)

Blatt (Blatt & Blass, 1990; Blatt & Schichmann, 1983) konzeptualisiert die normale Persönlichkeitsentwicklung als ein dialektisches Modell zwischen den beiden Polen von *zwischenmenschlicher Verbundenheit (Bindung)* und *Selbstdefinition (Abgrenzung)*. In seinem Modell interagieren zwei grundsätzliche Entwicklungslinien miteinander, (1) die *anaklitische Linie* oder *Verbundenheit* und (2) die *introjektive Linie* oder *Selbstdefinition*. Die anaklitische Linie führt bei einer normalen Entwicklung zu reifen, komplexen und gegenseitig befriedigenden interpersonellen Beziehungen, die introjektive Entwicklungslinie führt im Normalfall zur Entstehung eines realistischen und positiven Selbstbildes und der Ausbildung einer stabilen Identität (Blatt, 2007; Luyten et al., 2005a).

In der normalen Entwicklung sind diese beiden Linien in ständigem Austausch miteinander, d. h. eine stabile und differenzierte Selbstwahrnehmung führt zu differenzierten und komplexen interpersonellen Beziehungen, welche wiederum zu einer weiteren Ausdifferenzierung des Selbstbildes führen. Das Ergebnis dieser Entwicklung ist im besten Fall die Ausbildung einer stabilen Identität und der Fähigkeit, befriedigende und differenzierte zwischenmenschliche Beziehungen führen zu können. Blatt und Schichmann (1983) erweiterten Eriksons (1950/1995) Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung um das Zusammenspiel und die Entstehung der beiden Entwicklungslinien über die Lebensspanne nachzuzeichnen und um zu verdeutlichen, wie diese sich schlussendlich in einer ausgereiften Identität vereinen. Sie führten deshalb die psychosoziale Stufe der *Zusammenarbeit versus Entfremdung* in Eriksons Modell ein und platzieren diese Entwicklungsstufe zeitlich zwischen der phallischen Phase *Initiative versus Schuldgefühl* und der Latenz Phase *Werksinn versus Minderwertigkeitsgefühl*, also ungefähr zur Zeit der ödipalen Krise (viertes bis sechstes Lebensjahr). Durch diese Erweiterung werden laut Blatt (2007) die bereits in Eriksons Modell angelegten, impliziten dialektischen Bewegungen zwischen *Verbundenheit* und *Selbstdefinition* als Entwicklungsdimensionen definiert. Eine grafische Darstellung ihres erweiterten Stufenmodelles gibt Abbildung 2 auf Seite 25.

In diesem weiterentwickelten Modell entsteht die Dimension der zwischenmenschlichen Verbundenheit aus den ersten affektiven Erfahrungen zwischen Mutter und Kind (Stufe 1: Ur-Vertrauen), erweitert sich zu der Fähigkeit zur Kooperation und Zusammenarbeit mit den Eltern und Freunden (Stufe 4: Zusammenarbeit), geht über in die Entwicklung von Freundschaften mit gleichgeschlechtlichen Kameraden und mündet darin, wechselseitige, intime Beziehungen führen zu können (Stufe 7: Intimität). Die Entwicklungslinie der Selbstdefinition (oder auch Individuation) entspringt frühen Erfahrungen der



Trennung und Autonomie von der Mutter (Stufe 2: Autonomie), dies führt zunächst zur Möglichkeit, eigeninitiativ zu werden und sich vom anderen abzuwenden (Stufe 3: Initiative) und später eigene Bestrebungen zielorientiert zu verfolgen (Stufe 5: Werksinn), hin zu der Ausbildung einer eignen Individualität und Selbstidentität (Stufe 6: Identität) (Blatt & Luyten, 2009).

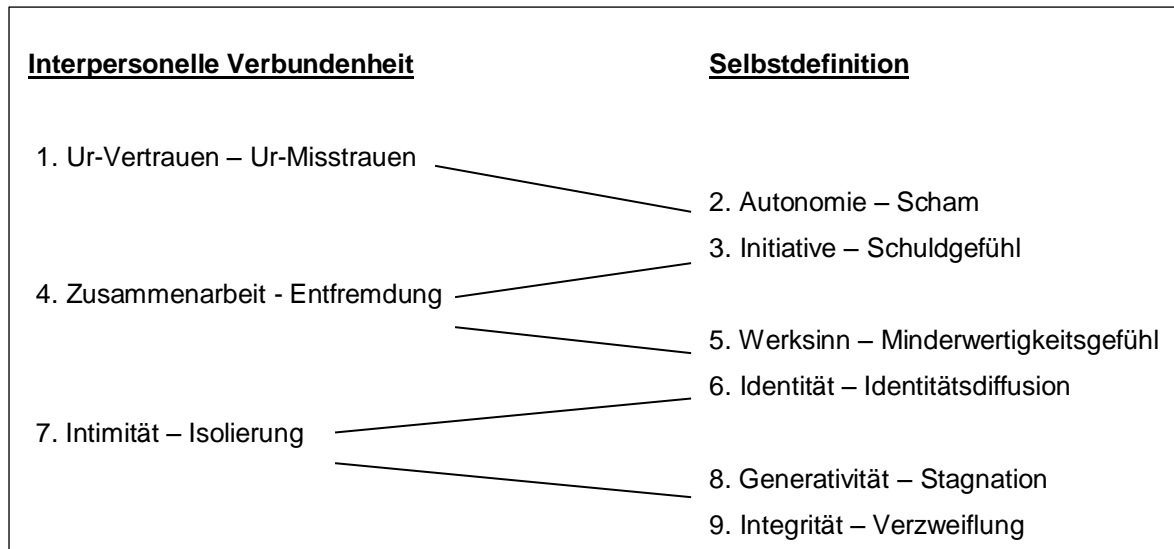


Abbildung 2: Interpersonelle Verbundenheit und Selbstdefinition in Eriksons erweitertem Stufenmodell (nach Blatt & Luyten, 2009)

Entsprechend der Theorie der normalen Persönlichkeitsentwicklung kann man eine pathologische Entwicklung als Überbetonung oder Übertreibung der einen bzw. als Vernachlässigung oder abwehrender Vermeidung der anderen Entwicklungslinie sehen (Blatt & Maroudas, 1992; Blatt & Schichmann, 1983; Luyten et al., 2005a). Die normale dialektische Interaktion zwischen diesen beiden Linien ist dadurch unterbrochen und resultiert in einer einseitigen Beschäftigung mit einer der beiden Dimensionen. „Whereas in ‘normal’ development anaclitic and introjective developmental lines interact synergistically, and thus are in constant dialectical interaction, psychopathology is characterized by a rigid overemphasis of one developmental line at the expense of the other” (Luyten et al., 2005a, S. 69). In Abhängigkeit davon, welche Entwicklungslinie überbetont und welche vermieden wird, entstehen zwei unterschiedliche pathologische Muster: ein *anaklitisches Muster* und ein *introjektives Muster*.

Blatt unterscheidet drei strukturelle Level innerhalb der beiden Entwicklungslinien: (1) ein psychotisches, (2) ein borderline und (3) ein neurotisches Level, welche jeweils mit unterschiedlichen Symptomen und Persönlichkeitsstörungen in Verbindung stehen. Um die adaptiven und maladaptiven Dimensionen auf den Entwicklungslinien zu unterscheiden, hat Blatt (2004) vier Begriffe eingeführt, welche die Polarität der zwei Dimensionen wiedergeben: Verbundenheit versus *Bedürftigkeit* (auch Abhängigkeit) bezeichnet die anaklitische Dimension, *Selbstwirksamkeit* versus *Selbstkritik* (auch selbstkritischer Perfektionismus) bezeichnet die introjektive Dimension (Luyten et al., 2005a). Abbildung 3 auf Seite 26 fasst das Entwicklungsmodell grafisch zusammen.

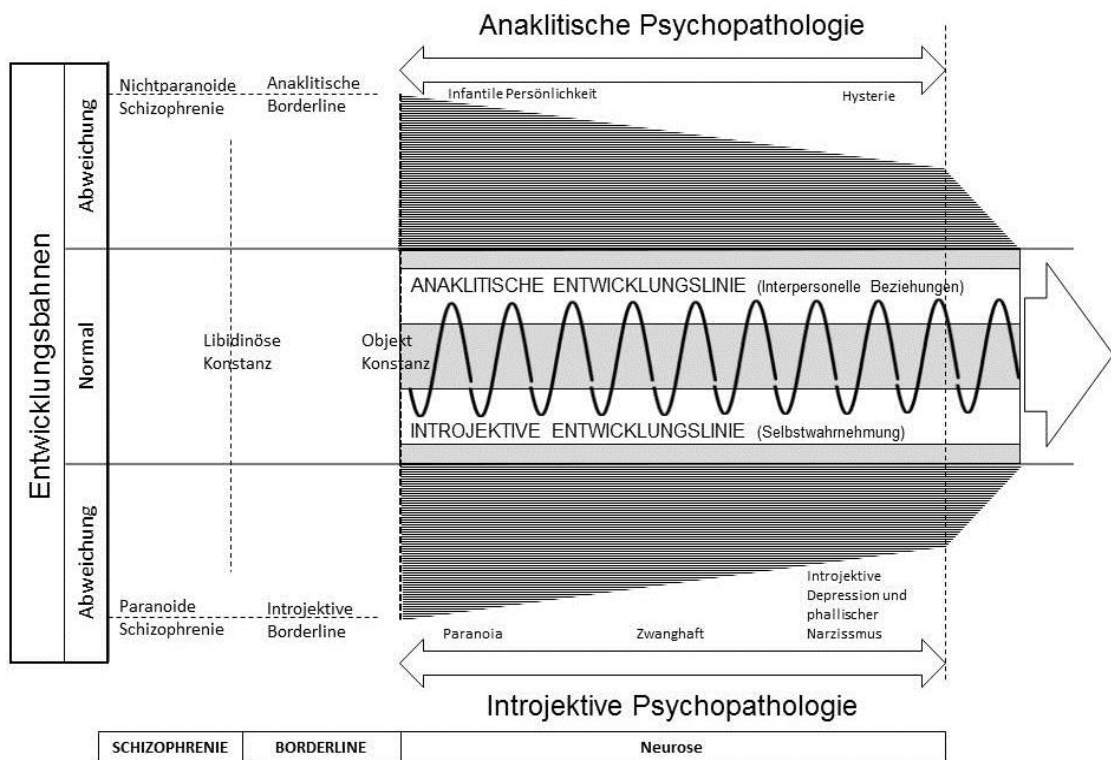


Abbildung 3: Blatts Modell einer normalen und pathologischen Entwicklung (nach Blatt & Luyten, 2009)

### 2.3.4 Depression Experience Questionnaire (DEQ)

Die von Blatt (1974) postulierten Subtypen einer anaklitischen und einer introjektiven Depression sind der Versuch, welcher auch von anderen klinischen Forschern (z. B. Beck, 1983) unternommen wurde, das heterogene Phänomen der Depression mit seinen vielfältigen Ausprägungen und Ausdrucksformen zu differenzieren und besser zu verstehen. Zur Unterscheidung dieser beiden Typen der Depression, entwickelte Blatt den *Depression Experience Questionnaire* (DEQ). Der DEQ besteht aus einer Sammlung alltagsbezogener Erfahrungen, die häufig von Depressiven berichtet werden. Hierfür wurden zunächst klassische psychoanalytische Fallberichte (z. B. Bibring 1952, Freud 1915/1991) gesichtet und Aussagen von Patienten mit affektiven Störungen gesammelt. Anhand dieser wurden ca. 150 Aussagen aufgestellt, welche die depressiven Erfahrungen dieser Patienten wiedergaben. Diese Aussagen beschreiben also nicht die Erfahrungen mit den Symptomen einer Depression, sondern Erfahrungen, die von vielen depressiven Menschen im Alltag gemacht werden. Von diesen Aussagen wurden im Anschluss 66 ausgewählt, welche ein breites Spektrum an Lebenserfahrungen die mit Depression in Verbindung stehen, abdecken. Dies geschah, so Blatt, ohne sich einer bestimmten theoretischen Ausrichtung zu verpflichten (Blatt 1976). Diese 66 Items wurden von 660 Universitätsstudenten (500 Frauen, 160 Männer) anhand einer siebenstufigen Likert-Skala (1 = Lehne ich völlig ab, 7 = Stimme ich völlig zu) eingeschätzt. Es wurden mittels Faktorenanalyse drei orthogonale Faktoren sowohl für Männer als auch für Frauen gefunden: (A) Abhängigkeit, (B) Selbstkritik und (C) Selbstwirksamkeit.

Blatt unterstreicht bezüglich der Entstehung des DEQ, dass dieser nicht explizit konstruiert wurde, um anaklitische und introjektive Depression zu identifizieren, sondern dass sich diese Dimensionen aus den Alltagserfahrungen der depressiven Menschen ergeben haben:

It is important to stress that the DEQ was not developed to assess anaclitic and introjective dimensions of depression; rather, it was developed to assess the everyday life experience of individuals with depression, and the factors of Dependence (relatedness) and self-Criticism (self-definition) emerged, confirming the independent clinical observation and theoretical formulation of two independent dimensions (i. e. interpersonal relatedness and self-definition) as primary source of depression. (Blatt 2004, S. 97)

Der erste Faktor der gefunden wurde, *Abhängigkeit*, beinhaltet Items des DEQ, die Erfahrungen von Verlust, Einsamkeit und Hilflosigkeit adressieren und das Verlangen bzw. den Wunsch ausdrücken, sich verbunden, nahe und abhängig von einer anderen Person zu fühlen. Sie sind dementsprechend hauptsächlich externalisierend ausgerichtet und drehen sich meistens um zwischenmenschliche Beziehungen.

Im zweiten Faktor, *Selbstkritik*, sind Items des DEQ enthalten, die internalisierende, also innerpsychische Erfahrungen beschreiben. Sie beziehen sich z. B. auf Gefühle von Schuld, Leere, Hoffungslosigkeit, Unzufriedenheit und Unsicherheit. Sie drücken die Angst aus, zu versagen, den eigenen hohen Ansprüchen nicht gerecht zu werden und die Angst vor Veränderung. Es zeigt sich auch eine grosse Ambivalenz sowie die Tendenz, sich selbst für Misserfolge verantwortlich zu machen.

Der dritte Faktor des DEQ, *Selbstwirksamkeit*, umfasst Items, die auf Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Leistungen hinweisen. Weitere Themen sind hohe Standards und persönliche Ziele, der Stolz auf eigene Leistungen, Unabhängigkeit und Zufriedenheit. Dieser dritte Faktor beschreibt also, in Abgrenzung zum Faktor *Selbstkritik*, ein positives Bild von zielorientiertem Streben und Stolz bezüglich der eigenen Leistungen (Blatt 1976, 2004).

Einen Überblick über die Items mit den höchsten Faktorenladungen gibt Tabelle 1 auf Seite 27f.

**Tabelle 1: Die fünf Items mit der höchsten Faktorenladung für die drei Faktoren des DEQ (Blatt 2004)**

<p><b>Faktor 1: Abhängigkeit</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ich denke oft über die Gefahr nach, jemanden zu verlieren, der mir nahesteht</li> <li>2. Nach einer Auseinandersetzung fühle ich mich sehr einsam</li> <li>3. Ich bin sehr empfindlich gegenüber Zeichen der Abweisung von anderen</li> <li>4. Allein zu sein macht mir gar nichts aus</li> <li>5. Ich mache mir grosse Sorgen, jemanden zu kränken oder zu verletzen, der mir nahe steht</li> </ol>
<p><b>Faktor 2: Selbstkritik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es gibt einen beträchtlichen Unterschied zwischen dem, wie ich jetzt bin und wie ich gerne wäre</li> <li>2. Ich fühle mich oft schuldig</li> <li>3. Wie ich mich einschätze, ist oft unterschiedlich: Es gibt Zeiten, wenn ich mich sehr gut finde und Zeiten, wenn ich nur das Schlechte in mir sehe und mich wie ein völliger Versager fühle</li> <li>4. Ich habe oft das Gefühl, dass ich andere enttäuscht habe</li> <li>5. Ich finde oft, dass ich meine eigenen Massstäbe oder Ideale nicht erfülle</li> </ol>

**Faktor 3: Selbstwirksamkeit**

1. Ich habe viele innere Ressourcen (Fähigkeiten, Stärken)
2. Andere Personen haben hohe Erwartungen an mich
3. Ich setze meine persönlichen Ziele und Standards so hoch wie möglich
4. Ich bin eine sehr unabhängige Person
5. Was ich tue und sage, hat einen sehr starken Einfluss auf die Menschen um mich

Es ist zu beachten, dass die einzelnen Items nicht nur einem Faktor zugeordnet sind, sondern jedes Item anhand seiner Faktorenladung zu den Gesamtwerten der drei Faktoren beiträgt. Deshalb wird ein Auswertungsprogramm zur Berechnung der drei Faktoren benötigt<sup>3</sup>. Die deutsche Version des DEQ findet sich im Anhang 13.3.

Um die Stabilität der Faktorenstruktur von Abhängigkeit, Selbstkritik und Selbstwirksamkeit zu überprüfen, führte Blatt in der Ursprungsstudie eine Faktorenanalyse an der weiblichen Stichprobe (N = 500) durch. Dabei zeigte sich, dass die Faktorenstruktur zu einem hohen Masse stabil war. Der von Blatt verwendete Kongruenz Koeffizient nach Tucker (Harman, 1976) war für alle Faktoren > .900.

Zuroff, Quinlan und Blatt (1990) überprüften ebenfalls die psychometrischen Eigenschaften des DEQ an einer grossen Stichprobe von Studenten (N = 951 Frauen und N = 650 Männer). Die von Zuroff und Kollegen (1990) gefundenen Faktorenladungen zeigten eine hohe Übereinstimmung mit den Faktorenladungen der weiblichen Stichprobe von Blatt (1976). Es bestätigte sich ebenfalls die Unabhängigkeit der Faktoren Abhängigkeit und Selbstkritik in dieser Stichprobe, sowohl für Männer als auch für Frauen. Weitere empirische Belege für die Unabhängigkeit der DEQ-Skalen in nicht klinischen Populationen finden sich auch bei Blaney und Kutscher (1991) und bei Blatt und Zuroff (1992). Aufgrund der oben genannten Forschungsergebnisse zum DEQ lässt sich schliessen, dass – zumindest in nicht klinischen Populationen – die Faktoren Abhängigkeit und Selbstkritik relativ unabhängig sind.

Zuroff, Moskowitz, Wielgus, Powers und Franko (1983) untersuchten die Reliabilität des DEQ mittels Vergleich von drei Studentenchproben, welche sich hinsichtlich der Zeitabstände zwischen den Testungen und dem Vorhandensein von bedeutendem persönlichen Feedback zum Zeitpunkt der Testung unterschieden. Sie fanden, dass die Faktoren Abhängigkeit und Selbstkritik des DEQ sowohl eine hohe interne Konsistenz als auch eine hohe Stabilität für die Test-Retest-Reliabilität aufwiesen, mit .89 (5 Wochen) bis .81 (13 Wochen) bei Abhängigkeit und .83 (5 Wochen) und .75 (13 Wochen) für Selbstkritik. Sie bestätigten ausserdem die Unabhängigkeit der Faktoren in dieser Population.

Um die Faktorenstruktur des DEQ für eine klinische Population zu überprüfen, untersuchten Brown und Silberschatz (1989) 60 ambulante psychiatrische Patienten. Sie fanden eine hohe Korrelation ( $r = 0.51$ ,  $p < .001$ ) zwischen Abhängigkeit und Selbstkritik und schlossen daraus, dass ihre Ergebnisse die von Blatt (Blatt, 1974; Blatt et al, 1982) postulierten unabhängigen Ausprägungen von Abhängigkeit und Selbstkritik als Subtypen der Depression nicht unterstützen.

<sup>3</sup> Zu beziehen über <http://www.psych.mcgill.ca/perpg/fac/zuroff/downdeq.htm>

Franché und Dobson (1992) fanden in ihrer Untersuchung mit 20 klinisch depressiven Patienten, 20 remittierten Patienten und 20 gesunden Kontrollpersonen ebenfalls eine hohe Korrelation zwischen den beiden DEQ-Skalen, was für sie die Frage aufwirft, ob es sich tatsächlich um zwei unabhängige Konstrukte handelt. Insgesamt unterstützten ihre Ergebnisse aber die Annahme, dass Abhängigkeit und Selbstkritik zwei wichtige Vulnerabilitätsfaktoren für Depressionen sind.

In einer Studie mit 103 stationären depressiven Patienten von Riley und McCranie (1990) zeigte sich hingegen eine geringe Korrelation ( $r = .26$ ) für Abhängigkeit und Selbstkritik, weshalb die Autoren schlossen, dass der DEQ auch in einer klinischen Stichprobe eine angemessene Diskriminierung zwischen den beiden Faktoren aufweist.

Die Validierung der deutschen Version des DEQ wurde von Beutel und Mitarbeitenden (2004) durchgeführt. Innerhalb der studentischen Stichprobe ( $N = 304$ ) konnte die Faktorenstruktur mit den drei Skalen Abhängigkeit, Selbstkritik und Selbstwirksamkeit analog zu Blatts (1976) Befunden repliziert werden. In der klinischen Stichprobe, welche aus 404 psychosomatischen Patienten bestand, konnte diese allerdings nicht gefunden werden. Die Patientenstichprobe aus dem stationären Setting wurde jedoch zur weiteren Validierung verwendet. Innerhalb dieser zeigten sich konsistente Zusammenhänge mit verschiedenen Fragebögen zu Symptomatik, Persönlichkeit, sozialer Unterstützung und interpersonellen Problemen. Die Test-Retest-Reliabilität lag in dieser Studie bei 0.75 für Abhängigkeit und bei 0.74 für Selbstkritik.

Bezüglich der Stabilität der Faktoren Selbstkritik und Abhängigkeit kann zusammenfassend gesagt werden, dass sich dies am besten mit einem State-Trait-Scar Modell<sup>4</sup> beschreiben lässt, wobei die Trait-Effekte dabei die höchste Varianz ausmachen (Blatt et al., 2005; Franché & Dobson, 1992). Gemäss Klein, Harding, Taylor und Dickstein (1988a) scheint eine Depression zwar das Level von Abhängigkeit bzw. Selbstkritik zu beeinflussen (State-Effekt), jedoch zeigen remittierte depressive Patienten trotzdem noch höhere Werte als eine gesunde Kontrollgruppe (Bagby, Schuller, Parker, Levitt, Joffe, & Shafir, 1994b; Luyten, Corveleyn, & Blatt, 2005c). Scar-Effekte sind nicht vernachlässigbar, bleiben aber klein und scheinen ausserdem im Laufe der Zeit zu verschwinden (Blatt et al., 2005; Luyten, Blatt, & Coyne, 2005b). Trotz gemischter Ergebnisse wird Blatts Vulnerabilitäts-Theorie insgesamt durch die empirischen Befunde gestützt (Franché & Dobson, 1992; Zuroff, Blatt, Sanislow, Bondi, & Pilkonis, 1999).

Sowohl in nicht klinischen als auch klinischen Populationen ist mehrfach gezeigt worden, dass ein Zusammenhang zwischen Abhängigkeit und Selbstkritik und dem Schweregrad einer Depression besteht (Blatt, 2004; Luyten et al., 2007), wobei der DEQ-Faktor Selbstkritik hohe Korrelationen mit den traditionellen Instrumenten zur Selbsteinschätzung der depressiven Symptomatik (z. B. *Beck Depressionsinventar*, *Zung Depression Scale*) aufweist, der Faktor Abhängigkeit hingegen nur mässige Zusammenhänge (Nietzel & Harris, 1990). Eine mögliche Erklärung wäre, dass die traditionellen Messinstrumente zur Bestimmung des Schweregrades einer Depression vor allem Symptome erhe-

---

<sup>4</sup> Trait = Persönlichkeitseigenschaft, State = Zustand, Scar (Narbe) = Persönlichkeitseigenschaften die erstmals im Zusammenhang mit einer depressiven Episode auftreten, danach aber bestehen bleiben.

ben, die für introjektive Depressionen typisch sind, wie beispielsweise Selbstkritik oder Schuldgefühle. Typische anaklitische Themen wie Einsamkeit, somatische Beschwerden und Verlassenheit werden in den Messinstrumenten dagegen zu wenig beachtet, was zu einer Unterdiagnose dieser Art der Depression führen könnte (Blatt et al., 2005). Eine andere mögliche Erklärung ist, dass der Faktor *Abhängigkeit* unterschiedliche interpersonelle Ausprägungen misst und diese nicht zwingenderweise alle mit einer Depression in Verbindung stehen. Aus diesem Grund untersuchten Blatt, Zohar, Quinlan, Zuroff und Mongrain (1995), ob sich im Faktor Abhängigkeit möglicherweise Sub-Faktoren verbergen. Tatsächlich fanden sich zwei Facetten von Abhängigkeit, welche ihnen zufolge zwei unterschiedliche Niveaus an interpersoneller Verbundenheit beschreiben. Diese im ursprünglichen Faktor *Abhängigkeit* eingebetteten Unterskalen bezeichneten sie mit *Bedürftigkeit* („Neediness“) und *Verbundenheit* („Relatedness“). Bei *Verbundenheit* handelt es sich gemäss Blatt und Kollegen um eine reifere Art der Abhängigkeit von anderen. Sie umfasst Items, die Gefühle von Verlust und Einsamkeit infolge eines Unterbruches der Beziehung zu einer bestimmten Person ausdrücken. *Bedürftigkeit* drückt hingegen eine generalisierte, undifferenzierte Form der Abhängigkeit von anderen aus und beinhaltet Items, die Hilflosigkeit, Angst vor Zurückweisung, Trennungs- und starke Verlustangst verbalisieren, die nicht auf eine bestimmte Person oder Beziehung gerichtet sind. In diesem Sinne verkörpern die beiden Unterskalen *Bedürftigkeit* und *Verbundenheit*, in Anlehnung an Blatts Entwicklungsmodell der Persönlichkeitsdimensionen, die normale (adaptive) und pathologische (maladaptive) Ausprägung der Dimension *interpersonelle Verbundenheit*. Dementsprechend könnten die DEQ-Faktoren *Selbstkritik* und *Selbstwirksamkeit* als die Ausprägungen der Dimension *Selbstdefinition* gesehen werden, wobei Selbstkritik die maladaptiven Sicht des Selbst erfasst und Selbstwirksamkeit die adaptive Sicht des Selbst (Blatt, 2008). Daraus schliesst Blatt:

Thus, the DEQ has become more than a measure of two sources of depression; it has also become an effective research instrument for measuring adaptive as well as maladaptive aspects of the two fundamental developmental processes — of both interpersonal relations and self-definition. (Blatt, 2008, S. 151)

### Weiterentwicklungen des DEQ

Mit dem *Depressive Experience Questionnaire for Adolescents* (DEQ-A) entwickelten Blatt, Schaffer, Bers und Quinlan (1992) eine Version des DEQ, welche für Jugendliche geeignet ist. Von den ursprünglich 66 Items der Originalversion wurden 23 Items, die keine Relevanz für die Erfahrungen von Jugendlichen hatten, entfernt. Die verbleibenden 43 Items wurden vereinfacht und angepasst um sie für Studien mit Jugendlichen verwenden zu können. Blatt und Kollegen (1992) überprüften die psychometrischen Eigenschaften des DEQ-A an einer Stichprobe von Schülern (N = 320 Mädchen, N = 281 Jungen) zwischen 12 und 18 Jahren. Die durchgeführte Faktorenanalyse ergab die gleichen drei Faktoren wie beim DEQ. Die Faktoren Abhängigkeit und Selbstkritik waren allerdings weniger gut abgrenzbar als bei Erwachsenen.

Frank, van Egeren, Paul, Poorman, Williams und Field (1997) untersuchten an einer grossen klinischen Stichprobe (N = 818) die Validität des DEQ-A für hospitalisierte Jugendliche. Sie konnten nicht nur die Faktorenstruktur in der klinischen Population replizieren, sondern auch Belege für die Validität des DEQ-A als Messinstrument für Selbstkritik bzw. interpersonelle Ängste vorweisen. Die beiden Subskalen *Bedürftigkeit* und *Verbundenheit* innerhalb des Faktors *Abhängigkeit* konnten Blatt, Zohar, Quinlan und Luthar (1996) auch für den DEQ-A nachweisen.

Verschiedene Autoren kritisierten die nicht zufriedenstellend replizierbare Validität des DEQ in klinischen Stichproben und forderten eindeutigeren Faktoren und eine höhere innere Konsistenz (Viglione Jr., Clemmey, & Camenzuli, 1990). Desmet, Vanheule, Groenvynck, Verhaeghe, Vogel und Bogaerts (2007a) weisen darauf hin, dass Blatt (1976) an der 66-Item-Version festgehalten hat, obwohl einige Items für keinen der Faktoren oder aber für mehr als einen Faktor hohe Ladungen besitzen. Die von Blatt gewählte Auswertungsmethode mittels eines Programmes hat den Vorteil, dass sie den Beitrag jedes einzelnen Items zu den Faktoren bewahrt, allerdings auf Kosten einer einfachen Auswertungsmöglichkeit mittels Summenwerten. Es wurden daher verschiedene Versuche unternommen, verkürzte Versionen des DEQ zu konstruieren, vor allem mit dem Ziel, die aufwendige Auswertung des DEQ zu vereinfachen.

Beim *Revised Depressive Experiences Questionnaire* (RevDEQ) von Welkowitz, Lish und Bond (1985) wurden von den ursprünglichen 66 Items 43 ausgewählt, die hohe und unterschiedliche Faktorenladungen auf den drei DEQ-Faktoren hatten. Dabei ergaben sich 20 Items für Abhängigkeit, 15 für Selbstkritik und 8 für Selbstwirksamkeit. Die drei neuen Skalen zeigten bei der Validierung eine hohe interne Konsistenz (Cronbachs alphas zwischen .72 und .86).

Bagby, Parker, Joffe und Buis (1994a) untersuchten eine DEQ Stichprobe von normalen Erwachsenen mittels explorativer Faktorenanalyse und wählten 19 Items (10 Abhängigkeit, 9 Selbstkritik) mit hohen und unterschiedlichen Faktorenladungen aus. Der von ihnen so entworfene *Reconstructed Depressive Experiences Questionnaire* (RecDEQ) wurde mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse in einer Studentenstichprobe repliziert.

Der *Theoretical Depressive Experiences Questionnaire-21* (TDEQ-21) wurde von Viglione, Lovette, Gottlieb und Friedberg (1995) entwickelt. Sie wählten aus der Originalstudie von Blatt (1976) die 21 Items (10 für Abhängigkeit und 11 für Selbstkritik) aus, die eine Faktorenladung von mehr als .40 hatten und Blatts theoretischem Konzept entsprachen. Mittels Hauptkomponentenanalyse konnte die Faktorenstruktur in einer Studenten- und klinischen Stichprobe repliziert werden. Vigolino und Kollegen entwickelten den TDEQ-21 nochmals weiter – zum TDEQ-12 –, indem sie erneut mittels Hauptkomponentenanalyse die 12 Items (5 Abhängigkeit, 7 Selbstkritik) mit Faktorenladungen über .40 aus den TDEQ-21 Stichproben auswählten (Viglione et al., 1995).

Eine Version mit 48 Items, die *McGill Version of the Depressive Experiences Questionnaire* (McGill DEQ) stammt von Santor, Zuroff und Fielding (1997) und wurde von Santor, Zuroff, Mongrain und Fielding (1997) validiert. Diese Version beinhaltet 18 Abhängigkeit-Items, 18 Selbstkritik-Items und 12

Items, die – je nach Ausrichtung – entweder Selbstkritik oder Abhängigkeit beurteilen. Die orthogonale Faktorenstruktur blieb dabei erhalten.

Desmet und Kollegen (2007a) verglichen die Faktorevalidität der Originalversion des DEQ und der fünf oben dargestellten kürzeren Versionen und kamen zu dem Schluss, dass der RecDEQ (Bagby et al., 1994a) die besten psychometrischen Eigenschaften aufweist. In ihrer studentischen (N = 636) und klinischen (N = 404) Stichprobe zeigte die Faktorenstruktur des RecDEQ die beste Passung für beide Stichproben und die Interkorrelation zwischen Abhängigkeit und Selbstkritik war auf einem angemessenen Niveau (.45). Ein grosser Vorteil am RecDEQ ist ausserdem seine stark reduzierte Anzahl der Items (weniger als ein Drittel der Originalanzahl), was bei der Durchführung mit depressiven Patienten, welche teilweise motivational und kognitiv eingeschränkt sind, von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist.



### 3 Klinische Studienlage

In den letzten knapp vierzig Jahren seit der ersten Konzeptualisierung von Blatts Depressionstheorie und der Entwicklung des DEQ ist gerade im angloamerikanischen Raum eine Vielzahl an Studien zu unterschiedlichsten Aspekten der anaklitischen und introjektiven Persönlichkeitsdimension respektive der anaklitischen und introjektiven Depression durchgeführt worden. Eine umfassende Zusammenfassung dieser Ergebnisse findet sich bei Blatt (2004; 2008) und Corveleyn, Luyten und Blatt (2005). Die Mehrzahl der Studien wurde an nicht klinischen Populationen durchgeführt und auch Blatts Hypothesenbildung erfolgte zum grössten Teil anhand der Ergebnisse von mehrheitlich studentischen Populationen. An dieser Stelle werden aus diesem Grund hauptsächlich Forschungsergebnisse genannt und zusammengefasst, welche (1) in einer klinischen Stichprobe erhoben wurden, (2) den DEQ als Erhebungsinstrument verwendeten und (3) für klinische Fragestellungen von Bedeutung sind. Bei Bedarf wird vereinzelt auf Studien oder zusammenfassende Ergebnisse Bezug genommen, die diesen Kriterien nicht in allen drei Punkten entsprechen, falls sie dazu dienen, den Forschungsstand zu verdeutlichen oder die einzigen empirischen Untersuchungen in diesem Bereich darstellen. Die Ergebnisse werden zusammenfassend beschrieben; konkrete Werte werden dort genannt wo ein direkter Vergleich mit den Ergebnissen sinnvoll erscheint (z. B. Ausprägung).

#### 3.1 Ausprägung

In der Studie von Luyten und Kollegen (2007) hatten Personen in der klinischen Stichprobe insgesamt höhere Werte als Personen in der nicht klinischen Stichprobe. Dies sowohl für Selbstkritik ( $\bar{x} = 1.01$ ,  $s = 0.86$  vs.  $\bar{x} = -0.62$ ,  $s = 0.90$ ), als auch für Abhängigkeit ( $\bar{x} = 0.75$ ,  $s = 0.80$  vs.  $\bar{x} = -0.42$ ,  $s = 0.97$ ).

Beutel und Mitarbeitende (2004) fanden ebenfalls, dass Patienten höhere Werte für Abhängigkeit ( $\bar{x} = 0.46$ ,  $s = 0.91$  vs.  $\bar{x} = -0.00$ ,  $s = 1.0$ ) und Selbstkritik ( $\bar{x} = 1.18$ ,  $s = 1.05$  vs.  $\bar{x} = -0.00$ ,  $s = 1.0$ ) zeigten als Normalpersonen.

#### 3.2 Einflussgrössen

##### Geschlecht

Generell zeigen Frauen in der Normalbevölkerung höhere Abhängigkeitswerte als Männer, was sich mit Blatts Hypothese deckt, dass Abhängigkeit in der westlichen Kultur bei Frauen eher akzeptiert wird (Blatt, 2004). Für Selbstkritik findet sich in der Regel jedoch in Studien kein solcher Zusammenhang (Luyten et al., 2005c).

Bei Beutel und Kollegen (2004) hatten Frauen in der klinischen Stichprobe signifikant höhere Ausprägungen für Abhängigkeit als Männer. Kein Unterschied bezüglich des Geschlechtes zeigte sich für Selbstkritik.

Luyten und Mitarbeitende (2007) fanden hingegen, dass Frauen in der klinischen Stichprobe (depressive Störung und andere psychiatrische Störungen) höhere Werte in Bezug auf Selbstkritik hatten als

Männer. Dies liesse sich mit Blatts (2004) Geschlechts-Inkongruenz-Hypothese erklären, wonach Frauen mit hohen Werten an Selbstkritik besonders für psychische Erkrankungen gefährdet sind (siehe Kapitel 2.3.1). Für Abhängigkeit zeigte sich hingegen kein entsprechender Zusammenhang.

### **Alter**

In der Studie von Mazure und Maciejewski (2003) zeigte sich in einer klinischen (N = 85) und nicht klinischen (N = 85) Stichprobe zwischen 20 und 91 Jahren, dass es keinen Zusammenhang zwischen Abhängigkeit und dem Auftrittsalter einer Depression gab, für Selbstkritik jedoch das Risiko, eine Depression zu entwickeln, im jungen Erwachsenenalter stark erhöht war und danach abnahm. Bezüglich Alter fanden Beutel und Kollegen (2004) für die beiden Ausprägungen Abhängigkeit und Selbstkritik einen schwach negativen Zusammenhang.

### **Diagnose und Schweregrad**

In der Mehrheit der Untersuchungen mit depressiven Patienten zeigt sich, dass Selbstkritik einen stärkeren Zusammenhang mit dem Schweregrad der Depression hat. So fanden Nietzle und Harris (1990) in ihrer Metaanalyse eine durchschnittliche Effektgrösse von  $r = .28$  für Abhängigkeit und  $r = 0.49$  für Selbstkritik.

Mehrere Studien zeigten, dass sowohl Abhängigkeit als auch Selbstkritik in Zusammenhang mit einer aktuellen depressiven Episode stehen („Current Major Depression“) (Luyten et al., 2005c). Cox, McWilliams, Lachlan, Enns und Clara (2004) fanden sowohl einen Zusammenhang für Selbstkritik und Abhängigkeit mit einer Current Major Depression, als auch mit einer Life Time Major Depression. Klein, Taylor, Dickstein und Harding (1988b) fanden ausserdem, dass Patienten mit einer Dysthymia im Vergleich zu Patienten mit einer Major Depression höhere Werte bei Selbstkritik, nicht aber bei Abhängigkeit hatten.

In der Validierungsstudie von Beutel und Kollegen (2004) fand sich ein hochsignifikanter Haupteffekt der Diagnose für Selbstkritik. Patienten mit einer rezidivierenden depressiven Störung hatten im Vergleich zu der Diagnose einer depressiven Episode einen höheren Wert für Selbstkritik.

Vergleicht man Depression mit anderen psychischen Erkrankungen, so zeigte sich in der Studie von Luyten und Kollegen (2007), dass Patienten mit der Diagnose einer Major Depressive Disorder (MDD) signifikant höhere Abhängigkeitswerte hatten als Patienten mit einer anderen psychiatrischen Diagnose. In Bezug auf Selbstkritik liess sich hingegen kein Unterschied zwischen den Diagnosen nachweisen. Luyten und Kollegen schliessen daraus, dass Abhängigkeit eher mit depressiven Störungen in Zusammenhang steht, während Selbstkritik mit einem breiteren Spektrum an psychiatrischen Erkrankungen in Verbindung zu bringen ist.

### 3.3 Symptomatik

In der Validierungsstudie von Beutel und Kollegen (2004) fanden sich zwischen allen Skalen des SCL-90R und Abhängigkeit mittelhohe Korrelationen. Für Selbstkritik zeigten sich ebenfalls Korrelationen zu allen Skalen, höhere aber für Zwanghaftigkeit, soziale Unsicherheit und Depressivität, sowie für den globalen Kennwert der Symptombelastung (GSI).

Desmet, Vanheule und Verhaeghe (2006) untersuchten die Hypothese, dass die von Blatt postulierten Persönlichkeitsdimensionen Selbstkritik und Abhängigkeit mit spezifischen depressiven Symptomen verbunden sind. Demzufolge sollte Abhängigkeit in einem engeren Zusammenhang mit dem somatisch-affektiven Symptommuster des BDI-II stehen, Selbstkritik hingegen enger mit dem kognitiven Symptommuster verbunden sein<sup>5</sup>. Hierfür untersuchten sie 163 ambulante Patienten mit einer depressiven Störung. Kein Zusammenhang fand sich zwischen Abhängigkeit und dem somatisch-affektiven Faktor des BDI-II. Der Hypothese entsprechend fand sich ein Zusammenhang zwischen Selbstkritik und dem kognitiven Faktor, jedoch weisen die Autoren darauf hin, dass dies möglicherweise Folge von inhaltlichen Überschneidungen zwischen dem Faktor Selbstkritik des DEQ und dem kognitiven Faktor des BDI-II ist.

Luyten und Mitarbeiter (2007) konnten zeigen, dass im Einklang mit Blatts symptomspezifischer Hypothese (2004) Abhängigkeit bei Patienten mit einer Major Depression einen Zusammenhang zu ananklitischen Symptomen (Verlust, Weinen, Hilflosigkeit) aufwies, wohingegen Selbstkritik vor allem mit introjektiven Symptomen (Schuld, Anhedonie, sozialer Rückzug) verbunden war. Es zeigte sich in dieser Patientengruppe sogar, dass Selbstkritik negativ mit ananklitischen Symptomen korrelierte.

Dinger und Kollegen (2015) fanden insgesamt einen schwachen bis mässigen Zusammenhang zwischen den DEQ-Faktoren und Depressionssymptomen. Im Zusammenhang mit Selbstkritik zeigte sich hingegen, dass Patienten, die sich als selbstkritisch einschätzten schwerere depressive Symptome aufwiesen, insbesondere in Bezug auf kognitive Beeinträchtigungen gemessen durch den BDI-II. Dinger und Kollegen weisen jedoch darauf hin, dass zumindest ein Teil dieses Zusammenhanges durch die ähnlichen Item-Inhalte von BDI-II und DEQ erklärt werden können.

### Suizidalität

Fazaa und Page (2003) untersuchten 64 Studenten, welche einen Suizidversuch unternommen hatten hinsichtlich der Schwere des Versuches und fanden, dass selbstkritische Personen eine grössere Absicht hatten, zu sterben und die Suizidversuche schwerwiegender bzw. lebensbedrohlicher waren. Es zeigte sich ausserdem, dass der Suizidversuch bei selbstkritischen Personen eher die Reaktion auf einen intrapsychischen Stressor war und die explizite Motivation die Flucht vor diesem Stressor gewesen sei. Bei abhängigen Personen geschah ein Suizidversuch eher als Reaktion auf einen interpersonellen Stressor und hatte das Ziel, damit die eigene Traurigkeit bzw. Unzufriedenheit mitzuteilen.

---

<sup>5</sup> Die Zweifaktorenstruktur des deutschsprachigen BDI-II wurde von Keller, Hautzinger und Kühner (2008) nachgewiesen.

Bei Beutel und Kollegen (2004) wurde ausserdem eine mittelhohe Korrelation zwischen dem Item 15 des SCL-90R (Vorliegen von Suizidgedanken) und Selbstkritik gefunden  $r = .33$  ( $p < .001$ ), aber nur eine geringe zu Abhängigkeit  $r = .11$  ( $p < .05$ ), was auf eine höhere Suizidgefährdung bei Selbstkritik hinweist und Blatts Hypothese einer erhöhten Suizidalität bei der introjektiven Depression entspricht.

### 3.4 Therapeutische Beziehung

Eine ganze Reihe an Untersuchungen und Analysen bezüglich der therapeutischen Beziehung fanden im Rahmen der Daten des *National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program* (TDCRP) statt. Bei dieser grossangelegten, randomisierten klinischen Studie wurden 239 ambulante Patienten mit der Diagnose einer Major Depression zufällig einer von insgesamt vier Kurzzeitbehandlungen (16 Wochen) zugewiesen. Die vier Behandlungsprogramme waren Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), Interpersonelle Psychotherapie (IPT), Imipramin plus klinisches Management (IMI-KM) und Placebo plus klinisches Management (PLA-CM). Zusätzlich zu den vier primären Messinstrumenten zur Erhebung des Therapieverlaufes und des Therapieergebnisses (*Hamilton Depression Rating Scale*, *Beck Depression Inventory*, *Global Assessment Scale* und *Symptom Checklist-90*) wurde vor, während und am Ende der Behandlung die *Dysfunctional Attitude Scale* (DAS) eingesetzt. Mit dieser konnten die beiden Persönlichkeitsdimensionen Anerkennung und Leistung erhoben werden, welche eine hohe Übereinstimmung mit Blatts Persönlichkeitsdimensionen Abhängigkeit und Selbstkritik aufweisen (Blaney & Kutcher, 1991; Blatt & Maroudas, 1992; Luyten et al., 2005c). Die *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale* (VTAS) wurde dazu verwendet, die therapeutische Beziehung, bzw. den Beitrag, den die Patienten zum Arbeitsbündnis leisteten, anhand von Videoaufzeichnungen der 3., 9., und 15. Therapiestunde einzuschätzen (Elkin, 1994). Die vom Patienten wahrgenommene Qualität der therapeutischen Beziehung wurde mittels des *Relationship Inventory* von Barrett-Lennard (1962) erfasst.

Generell zeigte sich in der TDCRP hinsichtlich der therapeutischen Beziehung, dass, unabhängig von der Art der Behandlung, die therapeutische Beziehung direkten Einfluss auf ein positives therapeutisches Ergebnis der Behandlung hatte (Zuroff & Blatt, 2006).

Bezüglich der Persönlichkeitsdimensionen Anerkennung und Perfektionismus (Leistung), konnte Elkin (1994) nachweisen, dass die Unterscheidung der Dimensionen Implikationen für die Behandlung hatte. So war der Therapieerfolg für Patienten mit hohem Perfektionismus unabhängig von der Bewertung der therapeutischen Beziehung negativer als für Patienten mit niedrigerem Perfektionismus. Für Patienten mit niedrigem Perfektionismus war eine positive therapeutische Beziehung ein zentraler Faktor hinsichtlich des Therapieerfolges.

Blatt und Zuroff (2005) konnten in ihrer Re-Analyse der Daten des TDCRP zeigen, dass bei Patienten, die vor Beginn der Behandlung hohe Werte für Perfektionismus aufwiesen (gemessen anhand der *Dysfunctional Attitude Scale* (DAS)), die Entwicklung der therapeutischen Beziehung in der zweiten Hälfte der Behandlung beeinträchtigt war und sich in einer schlechteren Beurteilung der Qualität der therapeutischen Beziehung zeigte. Selbstkritische Patienten, so schloss Blatt aus seinen und

Elkins (1994) Ergebnissen, scheinen eine intensivere und vor allem länger dauernde Beziehung zum Therapeuten zu benötigen um ihre Repräsentationen von sich und anderen zu verändern.

In der Untersuchung von Zuroff und Mitarbeitende (2000) waren der Beitrag des Patienten zur therapeutischen Beziehung und die Einschätzung der Qualität der therapeutischen Beziehung zwei unabhängige Faktoren hinsichtlich des Ergebnisses der Therapie. Perfektionistische Patienten zeigten ausserdem eine geringere Verbesserung des therapeutischen Arbeitsbündnisses über den Verlauf der Behandlungen, was der erklärende Faktor war, warum perfektionistische Patienten ein schlechteres therapeutisches Endergebnis aufwiesen.

Hawley, Ho, Zuroff und Blatt (2006) untersuchten mittels LDS<sup>6</sup> Analyse die TDCRP Daten und fanden, dass sich die Beziehung zwischen Depression und Perfektionismus über den Verlauf der Behandlung am besten als duales Veränderungsmodell darstellen lässt, welches sich zweigleisig beeinflusst. Ihnen zufolge besteht eine bivariate longitudinale Beziehung zum einen zwischen Perfektionismus und der Veränderung der Depression in der Therapie, zum anderen zwischen dem Beitrag des Patienten zur therapeutischen Beziehung und der Veränderung des Perfektionismus in der Therapie.

Blatt, Zuroff, Hawley, und Auerbach (2010) schliessen in ihrer Zusammenfassung der Ergebnisse zur therapeutischen Beziehung im Rahmen des TDCRP, dass die Vulnerabilität für eine Depression, insbesondere Perfektionismus, nicht nur in der Entstehung, sondern auch in der Behandlung von Depressionen eine entscheidende Rolle spielt. Perfektionismus ist laut ihnen ein Störfaktor in der therapeutischen Beziehung und die Verringerung von Perfektionismus innerhalb der Therapie war signifikant mit der Symptomreduktion, d. h. dem Ergebnis der Behandlung, verbunden. Eine Reduktion von Perfektionismus war vor allem durch die Qualität der therapeutischen Beziehung und die konstruktive Mitarbeit des Patienten möglich.

### **3.5 Interpersonelle Verhalten**

In verschiedenen Studien (Mongrain, Lubbers, & Struthers, 2004; Mongrain, Vettese, Shuster, & Kendal, 1998; Whiffen & Aube, 1999; vgl. Luyten et al., 2005c) zeigte sich, dass Personen mit einem hohen Level an Abhängigkeit ihre interpersonellen Beziehungen als sehr positiv und unterstützend wahrnahmen. Die Fremdeinschätzung dieser Beziehungen fiel jedoch in der Regel deutlich weniger positiv aus. Personen mit einem hohen Level an Selbstkritik beschrieben sich selbst als feindlich, ablehnend und ambivalent gegenüber anderen. Andere Personen schätzten sie als sehr kritisch und wenig liebevoll ein, was als Reaktion zu einer kritischen und feindlichen Haltung gegenüber der selbstkritischen Person führte. Zusammenfassend kann man sagen, dass Abhängigkeit mit einer positiv verzerrten Wahrnehmung, Selbstkritik hingegen mit einer negativ verzerrten Wahrnehmung von Beziehungen einhergeht (Luyten et al., 2005c).

---

<sup>6</sup> Latent Difference Score Analysis

Der bei Beutel und Kollegen (2004) verwendete IIP-C (*Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme*) zeigte bei fast allen Skalen signifikante Zusammenhänge zu Abhängigkeit, am stärksten aber mit solchen Haltungen, die darauf ausgerichtet sind, die Aufmerksamkeit und das Wohlwollen anderer Menschen zu gewinnen. Selbstkritik zeigte ebenfalls signifikante Zusammenhänge mit den Skalen des IIP-C. Am deutlichsten waren diese bei einer „introvertiert vermeidenden“ Haltung, „Ausnutzbarkeit“, sowie bei „streitsüchtig-konkurrierender“ und „kalter“ Haltung.

Dinger et al. (2015) untersuchten 283 Patienten mit einer Major Depressive Disorder aus einer deutschen (N = 132) und einer amerikanischen Stichprobe (N = 151). Abhängigkeit war verbunden mit interpersonellen Problemen die aus *zu freundlichem* und *zu unterwürfigem* Verhalten resultieren. Selbstkritik stand in Zusammenhang mit *sozial vermeidendem*, *kaltem* und *selbstzentriertem* Verhalten. Selbstkritik korrelierte allerdings nicht mit dominantem Verhalten. Diese Zusammenhänge blieben auch dann noch bestehen, nachdem für depressive Symptome kontrolliert wurde und sind demnach nicht nur Ausdruck einer symptomatischen Beeinträchtigung.

### **3.6 Verlauf und Behandlung**

In einer Re-Analyse des *Menninger Psychotherapy Research Project* (MPRP) konnte Blatt (1992) anhand der Qualität von Objektrepräsentationen aufzeigen, dass sich anaklitische und introjektive Patienten hinsichtlich ihres Ansprechens auf Psychotherapie oder Psychoanalyse unterschieden. Anaklitische Patienten zeigten eine signifikant grössere positive Veränderung durch Psychotherapie, während introjektive Patienten positiver auf Psychoanalyse ansprachen.

Im Rahmen des *National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program* (TDCRP) wurden mehrere Analysen zum Zusammenhang von Vulnerabilitätsfaktoren und Behandlungsergebnis durchgeführt. Mittels der *Dysfunctional Attitude Scale* (DAS) wurde ein selbstkritischer Faktor (Perfektionismus) und ein interpersoneller Faktor (Anerkennung) erhoben. Blatt, Quinlan, Pilkonis und Shea (1995) fanden einen negativen Zusammenhang zwischen Perfektionismus und Behandlungsergebnis. Anders als erwartet zeigte sich jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden DAS-Faktoren und der Art der Behandlung.

Eine weitere Analyse dieser Ergebnisse durch Blatt, Zuroff, Bondi, Sanislow und Pilkonis (1998) deutet darauf hin, dass der negative Einfluss von Selbstkritik auf das therapeutische Ergebnis auch in den Beurteilungen von Therapeuten, Patienten und unabhängigen klinischen Gutachtern gefunden werden kann und dieser Effekt sogar bis 18 Monate nach Beendigung der Behandlung anhält. Es gab ausserdem Hinweise darauf, dass Perfektionismus den therapeutischen Prozess in der zweiten Hälfte der Behandlung zu erschweren beginnt, was die Autoren mit dem negativen Einfluss des von aussen bestimmten Endes der Behandlung in Verbindung bringen.

Blatt und Zuroff (2005) analysierten ein weiteres Mal die Daten des TDCRP und zeigten, dass Perfektionismus, gemessen vor Beginn der Behandlung mittels DAS, signifikante negative Auswirkungen auf die Symptomreduktion am Ende der Behandlung und bei der Nachuntersuchung hatte.

Rector, Bagby, Segal, Joffe und Levitt (2000) fanden in einer Stichprobe mit 51 ambulanten depressiven Patienten, die mit kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) behandelt wurden, dass Selbstkritik ein negatives Behandlungsergebnis (gemessen anhand des BDI) vorhersagte.

Bei 65 ambulanten Patienten mit einer depressiven Residualsymptomatik zeigten Enns, Cox und Pidlubny (2002), dass Selbstkritik ein negativer Prädiktor für das Therapieergebnis bei einer KVT Gruppenbehandlung war.

## 4 Falldarstellung

Im Folgenden wird anhand von zwei klinischen Fällen das Bild einer anaklitischen Depression und einer introjektiven Depression dargestellt. Beide Patienten wurden im *Zentrum für Depressionen, Angsterkrankungen und Psychotherapie* der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich behandelt. Die Fälle wurden aus Gründen der Schweigepflicht und zum Schutz der Patienten verfremdet.

### 4.1 Introjektive Depression: Herr J.

Herr J., ein 50-jähriger aus den Niederlanden stammender Patient, war aufgrund einer andauernden Belastungssituation am Arbeitsplatz seit anderthalb Jahren erstmals in seinem Leben wegen einer Depression in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Er wirkte im Erstkontakt freundlich-angepasst und berichtete bei Eintritt von einer höchstens noch leichten depressiven Symptomatik. Er fühlte sich mittlerweile recht gut, sein Ziel war es, möglichst schnell wieder eine Arbeit zu finden und er wollte die Behandlung von Anfang an auf wenige Wochen beschränken. Dabei wirkte er einerseits reflektiert, therapieerfahren und zeigte sich aufgeheitert und optimistisch, auf der anderen Seite blieb am Ende des Gespräches das Gefühl, in keinen echten Kontakt mit ihm gekommen zu sein und er hinterliess in der Gegenübertragung eine grosse Traurigkeit.

Herr J. hatte seit mehr als zwanzig Jahren in einem sehr belastenden und zeitintensiven Bereich des Gesundheitswesens gearbeitet. Vor zehn Jahren hatte er die Leitungsfunktion in einem Spezial-Bereich der Pflege übernommen, welche zum einen eine hohe Flexibilität und Qualität seiner Arbeit forderte, zum anderen täglichen Patientenkontakt bedeutete, welcher teilweise äusserst schwierig und herausfordernd war und sich durch schnell auftretende, kritische Situationen auszeichnete. Herr J. war seinen Aufgaben immer pflichtbewusst und akribisch nachgekommen. Eine Reorganisation des Spitals führte dazu, dass er mehrere neue Verantwortungsbereiche übernehmen musste. Dies hatte zur Folge, dass er gezwungen gewesen wäre, viele seiner Arbeiten zu delegieren. Dazu sah er sich aber nicht in der Lage, versuchte trotz der Mehrbelastungen alle Arbeiten selbst auszuführen und fühlte sich sehr verantwortlich für das Wohl seiner Mitarbeiter. Er konnte sich immer weniger von der Arbeit distanzieren, was schliesslich in einem Zusammenbruch am Arbeitsplatz in Form eines heftigen und anhaltenden Weinkrampfes gipfelte. Über das nächste Jahr folgten mehrere ambulante und stationäre Behandlungen. Auf Phasen der Stabilisierung und Zustandsverbesserung folgten immer wieder schnell auftretende, massive Einbrüche. Verschiedene Versuche wieder am alten Arbeitsplatz einzusteigen scheiterten, was schliesslich zur Kündigung und zur weiteren psychischen Verschlechterung führte. Herr J. hatte in dieser Zeit immer wieder drängende suizidale Gedanken, er stellte sich beim Autofahren vor, in den Gegenverkehr zu lenken oder sich die Halsschlagader aufzuschneiden. Von seinem Leben berichtete Herr J., dass er in den Niederlanden geboren und aufgewachsen war. Sein Vater sei sehr früh verstorben und er habe kaum Erinnerungen an diesen. Er wisse nur noch, dass die Mutter den Vater immer alleine mit dem Bus im Krankenhaus besuchen gegangen wäre. Er selbst habe den Vater vor allem in seiner Jugend schmerzlich vermisst, die Mutter sei nach dem Tod



des Vaters überaus ängstlich gewesen und sie hätten nie das Grab seines Vaters besucht. Dies habe er erst vor einigen Jahren nach dem Tod der Mutter während einesurlaubes in den Niederlanden zum ersten Mal getan. Er sei mit der Mutter und der älteren Schwester aufgewachsen. Die Schwester sei sehr dominant gewesen, sie habe die Familie regelrecht tyrannisiert, sei aber immer von der Mutter in Schutz genommen worden. Er habe sich für die Konflikte verantwortlich gefühlt und schon früh versucht, Harmonie in der Familie herzustellen. Dies sei ihm aber leider nicht gelungen und die daraus resultierende Ohnmacht habe ihn dazu veranlasst, sein Elternhaus früh zu verlassen.

Er habe mit 16 Jahren das erste Mal eine depressive Episode gehabt, welche er mit der familiären Situation und dem Gefühl, versagt zu haben, in Verbindung bringt. Damals habe er ebenfalls drängende suizidale Fantasien gehabt. Nach der Matura sei er zur Seefahrtsschule gegangen und später auf einer Kaderschule des Militärs gewesen. Die Ausbildung im Pflegebereich folgte und schliesslich kam er vor fast 20 Jahren in die Schweiz. Seine Frau habe er bei der Arbeit im Spital kennengelernt, er habe zwei Kinder, einen zehnjährigen Sohn und eine vierzehnjährige Tochter. Aufgrund seiner Depression sei es schwierig geworden in der Familie. Er habe das Gefühl, diese enttäuscht zu haben; er vertrage keine Streitigkeiten mehr und Auseinandersetzungen mit der Ehefrau oder der Tochter würden ihn schnell in eine Krise bringen.

In der Therapie zeigte Herr J. fast durchgehend dasselbe Muster von zunächst optimistisch aufgehellter Stimmung, welche rasch in eine tiefe Traurigkeit und Verzweiflung kippen konnte, wenn belastende Themen angesprochen wurden.

Träume spielten eine zentrale Rolle in der Therapie. Er träumte viel und berichtete davon in den Stunden. Seine Träume gaben häufig deutliche Hinweise auf seine zugrundeliegenden Ängste; so berichtete er einmal, er habe vom Tod seines Sohnes geträumt, welchen er im Traum verschuldet hätte oder er träumte, wie er am Arbeitsplatz war und weinte und alle Arbeitskollegen um ihn herumstanden und ihn anstarrten.

Es war schwierig, eine tragbare therapeutische Beziehung zu ihm aufzubauen und in authentischen Kontakt zu treten. Er zeigte sich auf der einen Seite offen und zugänglich, präsentierte sich reflektiert und motiviert, auf der anderen Seite entstand der Eindruck eines Menschen, der wusste, was man von ihm in seiner derzeitigen Rolle erwartet und der sich entsprechend verhält. Offenbarten sich seine echten Gefühle in der Stunde, dann ging dies mit einem starken Schamgefühl und einem in Verzweiflung kippenden Affekt einher. In der folgenden Stunde war dieser aber kaum noch zugänglich oder bearbeitbar.

Nach sechs Wochen teilte Herr J. mit, dass er eine neue Arbeitsstelle gefunden habe und er in zwei Wochen austreten werde. Ab diesem Zeitpunkt war jegliche Thematisierung der negativen Affekte, Ängste und Versagensgefühle verunmöglicht, er gab an, sich „gesund“ zu fühlen und keine Stimmungseinbrüche mehr zu haben.

## 4.2 Anaklitische Depression: Frau D.

Frau D., eine junge Frau Anfang zwanzig, kam mit ausgeprägten depressiven Symptomen und Ängsten in die Behandlung, welche in Folge von Problemen am Arbeitsplatz und vor allem dem unerwarteten Tod der Mutter, zu der sie eine sehr schwierige und ambivalente Beziehung hatte, aufgetreten waren. Zum ersten Gespräch erschien sie in Begleitung des Vaters, welcher einen grossen Teil des Gespräches für sie übernahm. Neben ihm wirkte sie einerseits wie ein kleines Mädchen, deutlich emotional belastet, verzweifelt und hilflos, andererseits zeigte sie aber auch ein abwehrendes Verhalten und erinnerte an einen „bockigen Teenager“.

Frau D. gab an, sie habe sich schon ihr ganzes Leben irgendwie schwer getan, aber seit ihrer Lehre als Coiffeuse hätten die Probleme zusehends zugenommen. Es sei immer wieder zu Konflikten mit der Chefin gekommen, womit sie sich völlig überfordert gefühlt habe. Sie hätte immer das Gefühl gehabt, nichts zu können und nichts zu schaffen. Insbesondere bei Kritik sei diese negative Dynamik schnell ins Rollen gekommen. Im letzten Jahr war es aufgrund solcher Überforderungen zweimalig zu einer Medikamentenintoxikation gekommen, wobei sich Frau D. ihrer Aussage nach nie ernsthaft etwas habe antun wollen, sie habe es einfach nicht mehr ausgehalten und habe so auch die Familie auf ihr Leiden aufmerksam machen wollen. Wenige Monate vor Beginn der Behandlung war ihre Mutter völlig unerwartet an einem nicht diagnostizierten Herzleiden verstorben.

Die Beziehung zur Mutter sei für sie immer schon sehr schwierig gewesen. Es habe von frühester Kindheit an heftige Konflikte zwischen ihr und der Mutter gegeben, von der sie sich nie geliebt und angenommen gefühlt hatte. Die Scheidung ihrer Eltern – sie war damals neun Jahre alt – sei schlimm für sie gewesen, da sie den Vater, dem sie sich immer näher gefühlt hätte als der Mutter, dadurch „verloren“ habe. Sie sei mit ihren beiden Brüdern bei der Mutter geblieben, welche nach dem Vater immer wieder wechselnde Beziehungen gehabt hätte. Ihre Kindheit und Jugend sei geprägt gewesen von ständigen Umzügen und Kantonswechseln, die Mutter sei stets ihrem aktuellen Lebenspartner hinterhergezogen und habe die Kinder „mitgeschleppt“. Frau D. habe dadurch immer wieder ihre Freunde aufgeben und sich an einem neuen Ort zurechtfinden müssen. Schon früh habe sie heftige Wutausbrüche gehabt, womit ihre Mutter nicht hätte umgehen können und sie manchmal den ganzen Tag in ihr Zimmer gesperrt habe. Die Mutter hätte nach eigener Aussage nie eine Tochter gewollt und habe sie häufig bei der Grossmutter gelassen, während sie mit den Brüdern etwas unternommen habe. Als sie vierzehn war, habe die Mutter eine eigene Wohnung für die drei Kinder gemietet und habe mit ihrem Lebenspartner in der Nachbarwohnung gelebt. Körperliche Nähe oder Zuneigung habe sie von ihrer Mutter selten erfahren. Diese sei mehrheitlich eher gefühlskalt gewesen, konnte aber auch sehr aufbrausend und impulsiv reagieren. Für die Männer hätte ihre Mutter hingegen alles getan – eine Szene die Frau D. in eindrücklicher Erinnerung schilderte, war, wie ihre Mutter versuchte, aus dem Fenster zu springen, weil ihr damaliger Partner sie verlassen habe. Die Tante habe versucht, die Mutter von der Tat abzuhalten. Die Mutter habe ihr nie Grenzen gesetzt, deshalb hätte sie in der Pubertät und Jugend alles versucht um die Aufmerksamkeit der Mutter zu gewinnen, auch viele „dumme“ Sachen gemacht, letztlich um Streit zu provozieren und die Mutter so zu einer Reaktion zu

zwingen. Die Eskalation der Beziehung führte dazu, dass die Mutter sie mit neunzehn Jahren „rausschmiss“ und sie zum Vater ziehen musste.

Als Frau D. die Behandlung begann, war sie in einer Beziehung mit einem gleichaltrigen Mann, den sie während eines kurzen stationären Aufenthaltes in einer anderen Klinik kennengelernt hatte. Die Beziehung war geprägt von heftigen Auseinandersetzungen, welche immer starke Verlustängste und Wiedergutmachungsgesten zur Folge hatten. Frau D. war seit ihrem vierzehnten Lebensjahr praktisch ununterbrochen in unbeständigen, schnell wechselnden Männerbeziehungen, bei denen sie nach anfänglicher Idealisierung immer wieder enttäuscht und verlassen wurde. Sie liess sich schnell auf sexuelle Kontakte ein, hatte das Gefühl, es den Männern schuldig zu sein, wenn diese nett zu ihr waren und hoffte, sie so an sich binden zu können. Sie hingte sich an andere Mitpatienten, passte ihr Verhalten dem jeweiligen Gegenüber an und unterwarf eigene Meinungen und Bedürfnisse diesen Beziehungen, was letztlich immer in einer Eskalation endete, die den Abbruch der Beziehung bedeutete.

Frau D. hatte einen äusserst fragilen Selbstwert, welcher nur über die Zuwendung und Anerkennung anderer reguliert werden konnte. Sie empfand sich und ihren Körper als hässlich und nicht liebenswert und obwohl sie objektiv eine sehr attraktive junge Frau war, verglich sie sich mit ihrer „schönen, eleganten Mutter“, der sie nie gerecht werden konnte.

In der therapeutischen Beziehung stellte sich sehr schnell eine vertraute Atmosphäre ein. Frau D. genoss die ungeteilte Aufmerksamkeit, die ihr in der Stunde zuteilwurde und sie idealisierte die therapeutische Beziehung und die Behandlung. Trennungen ertrug sie schlecht, in Ferienabwesenheiten kam es regelmässig zu Stimmungseinbrüchen oder Alkohol- bzw. Männerexzessen. Auch ausserhalb der Therapie rang sie um Aufmerksamkeit, war bemüht, gesehen und wahrgenommen zu werden. Eine Situation, in der sie für ein Abklärungsgespräch auf eine andere Station gebracht wurde, erlebte sie als eine Wiederholung des Zurückgelassen-Werdens durch die Mutter.

Während der Behandlung war es ihr vermehrt möglich, ihr Beziehungsverhalten zu reflektieren und in einen Kontext mit ihren Beziehungserfahrungen zu bringen. Im Verlauf der Behandlung trennte sie sich von ihrem Partner und blieb – zum ersten Mal seit dem vierzehnten Lebensjahr – ohne feste Beziehung. Anfänglich kam es noch zu flüchtigen sexuellen Kontakten, welche stets ein Gefühl der Scham und des Ekels bei ihr hinterliessen. Mit der Zeit traten diese immer seltener auf. Sie konnte den Tod der Mutter betrauern und die vielen ambivalenten Gefühle, die sie der „trotz allem so sehr geliebten“ Mutter entgegenbrachte, zulassen. Gegenüber den Mitpatienten konnte sie deutlicher ihre eigenen Bedürfnisse formulieren und ihre Meinung vertreten. Sie reagierte auch nicht mehr mit den anfänglich heftigen Verlustängsten auf Kritik und vermeintliche Zurückweisung.

### **Vergleich von Frau D. und Herr J.**

Beide der oben vorgestellten Patienten kamen aufgrund einer depressiven Symptomatik in Behandlung und bei beiden fanden sich relevante Objektverluste in der Geschichte.

Frau D.s Depression schien jedoch eher oraler Natur zu sein. Sie kämpfte hauptsächlich mit dem überwältigenden Gefühl, nicht geliebt zu werden und der ständigen Angst, verlassen zu werden. Sie verfügte über keine stabile Objektrepräsentanzen, musste sich immer wieder der Liebe des Objektes vergewissern und nutzte Objekte hauptsächlich auf einem Level der Bedürfnisbefriedigung. Trennung hielt sie nur schwer aus und versuchte deshalb, stetig die Nähe zum Objekt wiederherzustellen. Die schwierige Beziehung zur Mutter hatte vermutlich dazu geführt, dass sich Frau D. nie auf eine reife Art mit dieser hatte identifizieren können, sondern sie im Sinne einer oralen Introjektion in sich aufgenommen hatte.

Herr J. befand sich im Vergleich zu Frau D. auf einem entwicklungspsychologisch höheren Niveau und war internalisierungsfähig. Seine Depression schien eher ödipaler Art zu sein und ihn beschäftigten vor allem Über-Ich Konflikte. Er war gequält von dem Gefühl, versagt zu haben, fühlte sich schuldig und war äusserst selbstkritisch. Dies resultierte vermutlich aus dem frühen Verlust des Vaters und der ambivalenten Beziehung zur Mutter. Diese konnte zum einen keinen psychischen Raum schaffen, in welchem der verstorbene Vater als Identifikationsobjekt zur Verfügung stand, zum anderen bot sie keinen Schutz bzw. Widerstand gegen die dominante und feindselige Schwester. Die Unfähigkeit des Patienten für Harmonie in der Familie zu sorgen und damit vielleicht die phantasierte Rolle des Vaters zu übernehmen, führte zur Ausbildung eines strengen Über-Ichs und dem Gefühl des Versagens und der Wertlosigkeit, welches er mit einem Übermass an Engagement und Verantwortungsübernahme zu kompensieren versuchte.

Die Falldarstellungen veranschaulichen in diesem Sinne den klinischen Unterschied zwischen einer anaklitischen und einer introjektive Depression wie sie von Blatt beschrieben werden.

## II. Praxisteil

Aufbauend auf die im vorangegangenen Teil dargestellten theoretischen Überlegungen wird im folgenden Teil die stationäre Verlaufsstudie vorgestellt. Diese wurde durchgeführt um die von Blatt postulierte anaklitische und introjektive Dimension der Depression im klinischen Setting zu untersuchen. Nach einer allgemeinen Vorstellung der Rahmenbedingungen der Studie und einer begrifflichen Klärung werden die Fragestellungen und Hypothesen ausgehend von Blatts Theorie und den bisherigen empirischen Befunden hergeleitet und aufgestellt. Im Methodenteil werden die Datengrundlage, das Studiendesign, die Datenerhebung, die Erhebungsinstrumente und das Vorgehen bei der Auswertung der Daten erläutert. Die so gewonnen Daten werden im Ergebnisteil präsentiert und in der Diskussion interpretiert. Abschliessend werden diese bewertend zusammengefasst und zum Schluss ein Ausblick für Forschung und Praxis gegeben.

### 5 Stationäre Verlaufsstudie

#### 5.1 Stationäre Rahmenbedingungen

Die Studie fand in der Psychiatrischen *Universitätsklinik Zürich* auf den Stationen des *Zentrums für Depressionen, Angsterkrankungen und Psychotherapie* (ZDAP) statt. Die insgesamt vier Stationen des Zentrums sind offene Psychotherapiestationen mit dem Schwerpunkt Depression, Angst und Zwang, sowie eine Frauenstation mit einer zusätzlichen Spezialisierung für *Dialektisch-Behaviorale Therapie* (DBT) und Trauma. Die Behandlung erfolgt leitlinienorientiert mittels psychopharmakologischer und psychotherapeutischer Interventionen. Die psychotherapeutischen Interventionen bestanden aus ein bis zwei psychotherapeutischen Einzelgesprächen pro Woche und einem psychotherapeutischen Gruppengesprächen pro Woche. Zusätzlich nahmen die Patienten an ergotherapeutischen, tanz- und bewegungstherapeutischen, musiktherapeutischen und milieutherapeutischen Angeboten teil. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer auf den Stationen des ZDAP beträgt sechs bis acht Wochen.

#### 5.2 Begriffsklärung

Ziel der Studie ist, die anaklitische und introjektive Depression im stationären Setting zu untersuchen. Zur Identifizierung dieser beiden Formen wurde der DEQ verwendet, dessen Faktor *Selbstkritik* die introjektive Depression und der Faktor *Abhängigkeit* die anaklitische Depression abbildet. Zur sprachlichen Vereinfachung wird daher im folgenden Methoden- und Ergebnisteil von *Selbstkritik* gesprochen, wenn die introjektive Dimension gemeint ist und von *Abhängigkeit* in Bezug auf die anaklitische Dimension. Der Begriff *Selbstkritik* bezeichnet dabei eine Haltung, die durch exzessives Streben nach Leistung, überhöhten Standards, harscher Selbstkritik und Perfektionismus gekennzeichnet ist und bei Nichterfüllung dieser Ansprüche mit Gefühlen von Wertlosigkeit, Selbstverachtung, Versagen und Schuld einhergeht. *Abhängigkeit* steht begrifflich für eine ständig Unterstützung suchende, auf Befrie-

digung und Versorgung ausgerichtete Haltung, welche, wenn die gewünschte und benötigte Zuwendung von anderen ausbleibt, zu Gefühlen von Hilflosigkeit, Einsamkeit und Verlustängsten führt.

## 6 Fragestellung und Hypothese

Betrachtet man Blatts Theorie zur anaklitischen und introjektiven Depression und konsultiert die aktuelle Studienlage, so stellen sich bezüglich einer Untersuchung im stationären Setting verschiedene Fragen. Zunächst ist von Interesse, inwieweit sich Abhängigkeit und Selbstkritik in einer klinischen Stichprobe zeigen. Auch die Zusammenhänge von Selbstkritik und Abhängigkeit und verschiedenen Stichprobenmerkmalen sind von Bedeutung. Empirische Befunde liegen z. B. zu Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Diagnose und Schweregrad vor. Andere klinisch relevante Merkmale wie Familienanamnese und Anzahl der vorhergegangenen Episoden oder für die stationäre Behandlung interessante Daten wie Aufenthaltsdauer und Vorhospitalisationen, sind bisher wenig bis nicht beachtet worden.

Blatt verbindet in seiner Theorie ganz spezifische, unterschiedliche Symptommuster mit einer anaklitischen und einer introjektiven Depression, was durch einige Studien teilweise auch bestätigt wurde. Damit geht die Frage nach einem erhöhten Suizidrisiko bei Patienten mit hohen Werten für Selbstkritik einher, da die Suizidalität und der Umgang mit dieser gerade im stationären Setting eine zentrale und bedeutungsvolle Problematik darstellt. Für die stationäre Behandlung wäre demnach das Vorliegen eines spezifischen Symptommusters, auch in Bezug auf die Suizidalität, äusserst relevant und behandlungsleitend.

Hoffnungs- und Hilflosigkeit werden häufig implizit oder explizit als primär vorherrschende Gefühle bei abhängiger und selbstkritischer Depression genannt. In der Forschung wurden diese bisher aber nicht systematisch untersucht.

Hinsichtlich der therapeutischen Beziehung interessiert besonders, ob selbstkritische Patienten die Beziehung zum Therapeuten tatsächlich negativer einschätzen als abhängige Patienten, wie es von Blatt postuliert wird und einige Studien auch zeigen konnten. Da die therapeutische Beziehung als einer der Hauptwirkfaktoren von Psychotherapie in der Forschung gut belegt ist und sich zudem in der Studienlage zeigte, dass die Einschätzung der therapeutischen Beziehung vermutlich für ein schlechtes Therapieergebnis bei selbstkritischen Patienten verantwortlich ist, hat dies Gewicht für eine stationäre Behandlung.

Im Zusammenhang mit dem Ergebnis der Behandlung ist auch die Hypothese, dass selbstkritische Patienten weniger von kürzeren Behandlungen mit einem external bestimmten Endpunkt profitieren, relevant, da dies auf das stationäre Setting zutrifft. Dies hätte zum einen Bedeutung für die generelle Aufenthaltsdauer, insbesondere aber auch für die Etablierung einer Nachbehandlung.

Aus diesen Überlegungen ergeben sich ausgehend von Blatts Theorie, der bereits existierenden Forschungsbefunde und unter Einbezug von eigenen klinischen Erfahrungswerten folgende Fragestellungen und Hypothesen:

## 6.1 Fragestellungen

1. Wie stark sind die Dimensionen Abhängigkeit und Selbstkritik in der klinischen Stichprobe ausgeprägt?
2. Welchen Zusammenhang gibt es zwischen den Dimensionen Abhängigkeit und Selbstkritik und verschiedenen Patientenmerkmalen wie Geschlecht, Alter, Diagnose und Schweregrad? Gibt es Zusammenhänge zu weiteren Merkmalen?
3. Zeigen stationäre Patienten in Zusammenhang mit den Dimensionen Abhängigkeit und Selbstkritik unterschiedliche Symptommuster auf?
4. Gibt es hinsichtlich der erlebten Hoffnungs- und Hilflosigkeit Unterschiede bei den Dimensionen Abhängigkeit und Selbstkritik?
5. Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Dimensionen Abhängigkeit und Selbstkritik und dem Suizidrisiko?
6. Beeinflussen die Dimensionen Abhängigkeit und Selbstkritik die Einschätzung der therapeutischen Beziehung?
7. Lassen sich Unterschiede im Verlauf (d. h. im Ergebnis der stationären Behandlung) bei den Dimensionen Abhängigkeit und Selbstkritik in Bezug auf die Symptomverbesserung feststellen?

## 6.2 Hypothesen

1. Abhängigkeit und Selbstkritik sind in der klinischen Stichprobe stärker ausgeprägt d. h. zeigen höhere Mittelwerte als in vergleichbaren Studien mit nicht klinischen Stichproben.
2. A) Frauen haben höhere Werte für Abhängigkeit als Männer.  
B) Selbstkritik korreliert negativ mit dem Lebensalter.  
C) Selbstkritik zeigt einen stärkeren Zusammenhang mit dem Schweregrad einer Depression.  
D) Patienten mit einer rezidivierenden depressiven Störung haben höhere Werte bei Selbstkritik als Patienten mit einer depressiven Episode.
3. Abhängigkeit und Selbstkritik korrelieren mit unterschiedlichen Symptomen, wobei Abhängigkeit einen grösseren Zusammenhang mit somatisch-affektiven Symptomen hat und Selbstkritik mit kognitiven Symptomen.
4. Abhängigkeit hat einen stärkeren Zusammenhang mit Hilflosigkeit, Selbstkritik korreliert stärker mit Hoffnungslosigkeit.
5. Selbstkritik zeigt einen stärkeren Zusammenhang mit Suizidalität als Abhängigkeit.
6. Selbstkritische Patienten schätzen die therapeutische Beziehung als weniger hilfreich ein und beurteilen die Beziehung zum Therapeuten negativer als abhängige Patienten.
7. Selbstkritische Patienten zeigen eine geringere symptomatische Verbesserung und somit ein schlechteres Therapieergebnis bei Austritt als abhängige Patienten.



## **7 Methodik**

### **7.1 Datengrundlage**

#### **7.1.1 Stichprobe**

Die Stichprobenerhebung fand in der *Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich* auf den Stationen des *Zentrums für Depressionen, Angsterkrankungen und Psychotherapie (ZDAP)* statt. Untersucht wurden Patienten, welche aufgrund einer depressiven Erkrankung zur stationären Behandlung auf eine offene Psychotherapiestation eintraten. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer auf den Stationen des ZDAP beträgt sechs bis acht Wochen. Die Behandlung erfolgt leitlinienorientiert mittels psychopharmakologischer und psychotherapeutischer Interventionen. Insgesamt wurden 50 Patienten während der Erhebungsphase rekrutiert, 10 Patienten mussten aufgrund von Drop-out oder Unbrauchbarkeit der Daten (z. B. zu viele Missing-Values) ausgeschlossen werden. Eine genaue Stichprobenbeschreibung folgt in Kapitel 8.1.

#### **7.1.2 Rekrutierung**

Die Rekrutierung erfolgte über das Dokumentationssystem der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (MCC) anhand der Diagnose und unter Berücksichtigung der im MCC bereits ersichtlichen Ein- und Ausschlusskriterien. Erfüllte der Patient nach erster Prüfung die Ein- und Ausschlusskriterien (siehe Kapitel 7.1.3), erfolgte zunächst die Kontaktaufnahme mit dem fallführenden Arzt/Psychologen. Mit dem zuständigen Behandler wurden etwaige Unklarheiten bezüglich Ein- und Ausschlusskriterien sowie der Bereitschaft und Fähigkeit des Patienten, an der Studie teilzunehmen, geklärt. Zudem wurde die generelle Zustimmung des Behandlers zur Rekrutierung des Patienten eingeholt. Die erste Kontaktaufnahme mit dem Patienten erfolgte entweder persönlich zur Vereinbarung des Informationsgespräches oder telefonisch über die Pflege der Station. Im ersten Gespräch fand eine umfassende Aufklärung über die Studie statt, es wurde die Patienteninformation ausgehändigt und die Bedingungen der Teilnahme besprochen. Erklärte sich der Patient direkt bereit, an der Studie teilzunehmen und die Einverständniserklärung zu unterzeichnen, fand die erste Visite mit Erhebung der demografischen Daten und der Anamnese direkt im Anschluss an das Informationsgespräch statt. Wenn der Patient es sich erst noch überlegen wollte, wurde ein zeitnaher Termin für die erste Visite vereinbart und die Patienteninformation und Einverständniserklärung dem Patienten mitgegeben. Bei einem ungeplanten Austritt des Patienten vor der zweiten bzw. dritten Visite wurde versucht, den Patienten zu kontaktieren und wenn möglich einen ambulanten Nachtermin für eine Abschlussvisite zu vereinbaren.

#### **7.1.3 Ein- und Ausschlusskriterien**

Die unten aufgeführten Kriterien galten als Voraussetzung für die Aufnahme eines Patienten in die Studie. Die Kriterien konnten grösstenteils vor der Kontaktaufnahme mit dem Patienten geprüft wer-

den. Das Kriterium des BDI-II (*Beck Depressions Inventar 2*) bzw. HAMD-24 (*Hamilton Depression Scale*) konnte abschliessend erst nach Rückgabe der Fragebögen zu T0 überprüft werden. Im Ausnahmefall konnte das Nichterfüllen des festgelegten minimalen Summenwertes nachträglich zum Ausschluss des Patienten aus der Studie führen.

### **Einschlusskriterien**

- 18 bis 65 Jahre alt
- Eine mittelschwere (F32.1) oder schwere depressive Episode (F32.2) ohne psychotische Symptome oder eine rezidivierende depressive Störung mit aktuell mittelschwerer (F33.1) oder schwerer Episode ohne psychotische Symptome (F33.2).
- Fähigkeit und Bereitschaft an der Studie teilzunehmen
- Freiwillig unterschriebene Einverständniserklärung
- BDI-II  $\geq 20$  oder HAMD-24  $\geq 18$

### **Ausschlusskriterien**

- Unfähigkeit dem Studienprotokoll zu folgen
- Depressive Störung infolge von neurologischen oder internistischen Erkrankungen
- Alkoholabhängigkeit und andere Substanzabhängigkeiten
- Unzureichende Deutschkenntnisse

Die Diagnose einer mittelschweren bzw. schweren depressiven Episode oder rezidivierenden depressiven Störung wurde vom stationären Behandler bei Eintritt nach ICD-10 mittels eines halbstrukturierten Interviews (AMDP-System<sup>7</sup>) gestellt bzw. bestätigt. Bei einer rezidivierenden depressiven Störung war die Aufnahme in die Studie unabhängig von der Anzahl der vorangegangenen depressiven Episoden. Komorbiditäten waren kein Ausschlusskriterium solange die Erstdiagnose eine Depression war und weitere psychiatrische oder somatische Diagnosen nicht mit einer Symptomatik einhergingen, welche unter die Ausschlusskriterien fiel (z. B. psychotische Symptome). Nur Patienten mit der Diagnose einer Substanzabhängigkeit waren von vornherein ausgeschlossen (F1x.2 – F1x.5), ausgenommen F17 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak), auch wenn die Erstdiagnose eine Depression war.

#### **7.1.4 Studien- und Behandlungsabbrüche**

Bei insgesamt zehn Patienten kam es während der Studie zu einem Abbruch. Der häufigste Grund für einen freiwilligen Abbruch der Studie durch den Patienten war eine Überforderung aufgrund des Umfangs der Erhebungsinstrumente (sechs Patienten). D. h. die Patienten hatten zu starke motivationale, kognitive oder energetische Einschränkungen um die geforderten Fragebögen im vereinbarten

---

<sup>7</sup> Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (2007).

Zeitraum (drei Tage) zu bearbeiten. Bei zwei Patienten kam es zu einer Verschlechterung der Symptomatik, welche einen Abbruch erforderten (psychotische Symptomatik, suizidale Krise). In einem Fall wurden die Fragebögen zu lückenhaft ausgefüllt oder offensichtlich inkorrekt (alle Items mit demselben Wert auf der Likert-Skala). Ein Patient musste nachträglich ausgeschlossen werden, da er das Kriterium  $\text{BDI-II} \geq 20$  oder  $\text{HAMD-24} \geq 18$  trotz der gestellten Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode nicht erfüllte.

Behandlungsabbrüche bzw. ungeplante, vorzeitige Austritte aus der stationären Behandlung waren, soweit dies eruierbar war, entweder Folge einer raschen symptomatischen Verbesserung, einer Unzufriedenheit mit der stationären Behandlung oder einer schwerwiegenden Veränderung in der persönlichen Situation (Betreuung der Kinder nicht mehr gewährleistet). In einigen Fällen konnten die versäumten Visiten nachträglich mittels eines ambulanten Termins nachgeholt werden.

## **7.2 Studiendesign**

Es handelte sich bei der Untersuchung um eine monozentrische Verlaufsstudie. Es wurden insgesamt 50 Patienten mit einer mittelschweren oder schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome oder einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell mittelgradig oder schwer ohne psychotische Symptome ( $\text{BDI II} > 20$ ,  $\text{HAMD-24} > 18$ ), während ihrer stationären Behandlung in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich untersucht.

Die Patienten wurden innerhalb der ersten Woche nach Eintritt kontaktiert und gegebenenfalls in die Studie eingeschlossen. Es fanden zwei bis drei Erhebungen pro Patient statt, abhängig von der individuellen Aufenthaltsdauer. Die Untersuchung umfasste die gesamte stationäre Behandlung, die Zeitpunkte der Erhebungen wurden dementsprechend ausgerichtet. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Stationen, auf denen rekrutiert wurde, lag bei sechs bis acht Wochen, die Teilnahme an der Studie hatte keinen Einfluss auf die Aufenthaltsdauer der Patienten. Die dritte Visite war aus diesem Grund zeitlich nicht festgelegt, sondern richtete sich nach dem individuellen Austrittszeitpunkt. Trat ein Patient innerhalb einer Woche nach der zweiten Visite aus, dann entfiel die dritte Visite.

Jede Person wurde vor Aufnahme in die Studie umfassend über diese informiert. Die Aufklärung erfolgt persönlich durch den Studienkoordinator und schriftlich durch die Patienteninformation. Eine Übersicht über das Studiendesign gibt Tabelle 2 auf Seite 52.

### **Eintrittsmessung T0: Bis 1 Woche nach Eintritt (N = 40)**

Die erste Visite fand innerhalb der ersten Woche nach Eintritt des Patienten in die Klinik statt. Im Rahmen dieser Visite wurden die demografischen Daten und die Anamnese des Patienten erfasst. Dem Patienten wurden die Selbstbewertungsfragebögen zum ersten Erhebungszeitpunkt (T0) ausgehändigt, welche innerhalb von drei Tagen ausgefüllt werden sollten. Diese umfassten Instrumente zur Typisierung (DEQ, DAS), zur Symptomerfassung (BDI-II, SCL-90R), zu Hoffnungs- und Hilflosigkeit (IPC, H-Skala) und zur therapeutischen Beziehung (HAQ-S). Die Fremdbewertungsfragebögen

zur depressiven Symptomatik (HAMD-24) und therapeutischen Beziehung (HAQ-F) wurden zeitgleich vom stationären Behandler ausgefüllt. Nach der abschliessenden Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien erfolgt die definitive Aufnahme des Patienten in die Studie.

### **Verlaufsmessung/Austrittsmessung T1: 4 Wochen nach Eintrittsmessung (N = 32)**

Nach vier Wochen wurden dem Patienten erneut Selbstbewertungsfragebögen ausgehändigt, welche sich auf die aktuelle Symptomatik (BDI-II, SCL-90R), die Hoffnungs- und Hilflosigkeit (IPC, H-Skala) und die therapeutischen Beziehung (HAQ-S, IMI-R) bezogen.

Fremdbewertungsfragebögen wurden vom stationären Behandler erneut zu Symptomatik (HAMD-24) und therapeutischen Beziehung (HAQ-F, IMI-R) ausgefüllt.

### **Austrittsmessung T2: Ab 1 Woche vor Austritt (N = 28)**

Die dritte Visite fand ab einer Woche vor Austritt statt. Dem Patienten wurden abschliessend die Selbstbewertungsfragebögen zu Symptomatik (BDI-II, SCL-90R), Hoffnungs- und Hilflosigkeit (IPC, H-Skala) und therapeutischen Beziehung (HAQ-S) ausgehändigt, sowie die Fremdbewertungsfragebögen vom stationären Behandler ausgefüllt (HAMD-24, HAQ-F). Falls der Patient innerhalb einer Woche nach T1 ausgetreten war entfiel T2.

**Tabelle 2: Übersicht über das Studiendesign**

<b>Erhebungsinstrumente</b>	<b>1. Visite (N = 40) (bis 1 Woche nach Eintritt)</b>	<b>2. Visite (N = 32) (4 Woche nach T0)</b>	<b>3. Visite (N = 28) (ab 1 Woche vor Austritt)</b>
Patientenaufklärung/Information	x		
Einwilligungserklärung	x		
Ein-/Ausschlusskriterien	x		
Demographische Daten	x		
Anamnese	x		
<b>Typisierung</b>			
DEQ	x		
DAS	x		
<b>Symptomerfassung</b>			
BDI-II	x	x	x
SCL-90R	x	x	x
HAMD-24	x	x	x
<b>Hilflosigkeit + Hoffnungslosigkeit</b>			
H-Skala	x	x	x
IPC	x	x	x
<b>Therapeutische Beziehung</b>			
HAQ-S	x	x	x
HAQ-F	x	x	x
IMI		x	x

### **7.3 Anamnese**

Folgende Daten wurden von allen Teilnehmern der Studie erhoben:

#### **7.3.1 Demografische Daten**

- Geburtsdatum, Alter (in Jahren)
- Geschlecht
- Ethnische Zugehörigkeit (Kaukasier; Asiatisch; Schwarz; andere)
- Zivilstand
- Beruf
- Bildung (in Jahren)
- Adresse
- Telefon

#### **7.3.2 Soziobiografische Anamnese**

- Geburtsort
- Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen
- Frühkindliche Entwicklung
- Kindergarten
- Primarschule
- Sekundarschule
- Ausbildung
- Berufstätigkeit
- Feste Partnerschaft oder Ehe
- Kinder

#### **7.3.3 Psychiatrische Anamnese**

- Diagnose (Depressive Episode; Rezidivierende depressive Störung)
- Schweregrad (mittelgradig, schwer)
- Weitere psychiatrische Diagnosen? (Ja/Nein; Welche?)
- Dauer der Erkrankung (in Jahren)
- Anzahl depressiver Episoden
- Erste depressive Episode (Alter)
- Diagnose ärztlich bestätigt? (Ja/Nein)
- Vorhospitalisationen? (Anzahl, Institution, Dauer)
- Bisherige Therapien (Psychotherapie; Antidepressiva; Mood-Stabilizer; Neuroleptika; Benzodiazepine; EKT; Lichttherapie; Schlafentzug; Andere)

### 7.3.4 Familienanamnese

- Psychiatrische Erkrankungen in der Familie (Ja/Nein)
- Wer und welche Erkrankung

### 7.3.5 Suchtmittelanamnese

- Kaffee (Ja/Nein; Menge)
- Nikotin (Ja/Nein; Menge)
- Alkohol (Ja/Nein; Menge)
- Andere Suchtmittel (Ja/Nein; Menge)

### 7.3.6 Suizidanamnese

- Suizidversuche in der Vergangenheit (Ja/Nein)
- Anzahl
- Schweregrad  
(Keine Information; Offensichtlich keine Suizidabsicht, rein manipulative Geste; Nicht sicher oder nur geringe Suizidabsicht; Definitive Absicht aber sehr ambivalent; Schwerer Suizidversuch; Sehr schwerer Suizidversuch)

### 7.3.7 Medikamenten-/Behandlungsanamnese

- Frühere Behandlungen und Begleitbehandlungen  
(Medikation/Behandlung; Dosierung; Applikation; Indikation; Beginn/Ende;  
Anhaltend ja/nein, Keine)

## 7.4 Fragebögen

### 7.4.1 Depressionsdimensionen

#### Depressive Experience Questionnaire

Der *Depressive Experience Questionnaire* (DEQ) ist ein Messinstrument zur Differenzierung von Subtypen bzw. Dimensionen einer depressiven Störung. Er erfasst verschiedene alltagsbezogene Erfahrungen, die häufig von Depressiven berichtet werden. Der Fragebogen besteht aus 66 Items anhand derer sich drei Skalen bilden lassen: (1) Abhängigkeit (2) Selbstkritik und (3) Selbstwirksamkeit (Blatt et al., 1976). Die Auswertung erfolgt mittels eines Auswertungsprogrammes und erzeugt normierte z-Werte für die drei Skalen.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Für eine ausführliche Beschreibung des DEQ siehe Kapitel 2.3.4.

### **Skala dysfunktionaler Einstellungen**

Die Skala dysfunktionaler Einstellungen (DAS) dient dazu Grundüberzeugungen zu erfassen, welche bei depressiven Erkrankungen in typischer Art und Weise verzerrt, negativ und unangemessen sind. Es handelt sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument mit insgesamt 40 Items, welche Meinungen, Haltungen und Einstellungen ausdrücken, die in Form von Aussagen formuliert sind. Anhand einer 7-Punkte-Skala wird den einzelnen Aussagen zugestimmt oder diese werden abgelehnt. Die Abstufungen sind für Zustimmung und Ablehnung jeweils unterteilt in total, stark und leicht. Die Mitte der Skala markiert eine neutrale Haltung zur Aussage. Die Auswertung erfolgt mittels Addition der einzelnen Summenwerte, wobei für einige Items zunächst eine Umkodierung vorgenommen werden muss, so dass der Punktwert immer umso höher ist, je dysfunktionaler die Aussage. Der Gesamtwert des DAS kann zwischen 40 und 280 Punkten liegen, als klinisch relevanter Grenzwert wird ein Summenwert von 140 Punkten angesehen. Der DAS identifiziert zudem zwei Subskalen, die DAS-L Skala (Leistung), welche auffällige Werte bei den Items aufzeigt, die sich auf Leistung und Perfektionismus beziehen und die DAS-A Skala (Anerkennung), welche sich auf die Items bezieht, in denen es um die Notwendigkeit der Anerkennung durch andere geht. Für die Subskala „Dysfunktionale Einstellung bezüglich Leistungsbewertung“ (DAS-L) liegt der Summenwert zwischen 18 und 126, ein Wert ab 50 Punkten ist als kritischer Grenzwert zu sehen. Der Summenwert der Subskala „Dysfunktionale Einstellung bezüglich Anerkennung durch andere“ (DAS-A) liegt zwischen 8 und 50, der klinisch relevante Grenzwert liegt bei 30 Punkten.

Der DAS wird in der klinischen Psychologie, der Therapieforschung, sowie in der Forschung zu Vulnerabilitäts-Stress-Modellen verwendet. In der klinischen Anwendung ermöglicht der DAS die Identifikation von blockierenden, krank machenden Sichtweisen, die mit dem Ziel der Differenzierung und Auflösung zum Gegenstand der therapeutischen Arbeit gemacht werden können. Die interne Konsistenz der Gesamtskala und der beiden Subskalen ist sehr zufriedenstellend, Cronbachs alpha liegt zwischen .71 und .94 (Hautzinger, Keller, & Joormann, 2005).

### **7.4.2 Symptomatik**

#### **BDI-II**

Das *Beck Depressions Inventar 2* (BDI-II) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Schwere einer depressiven Symptomatik bei psychiatrisch diagnostizierten Jugendlichen ab 13 Jahren und Erwachsenen. Er besteht aus 21 Items, welche sich auf die Diagnosekriterien des DSM-IV beziehen. Zu den 21 Symptomen werden jeweils 4 Aussagen vorgegeben, von denen diejenige auszuwählen ist, die am besten beschreibt wie sich der Beurteiler in den vergangenen beiden Wochen gefühlt hat. Die Auswertung erfolgt mittels Summenwert der einzelnen Items, dabei werden folgende Schwellenwerte zur Einschätzung der Schwere der Depression vorgeschlagen: 0–8 Punkte: keine Depression, 9–13 Punkte: minimale Depression, 14–19 Punkte: leichte Depression, 20–28 Punkte:

mittelschwere Depression, 29–63 Punkte: schwere Depression. Die interne Konsistenz des BDI-II wurde an verschiedenen Stichproben untersucht, Cronbachs alpha lag immer über .89. Der BDI-II ist änderungssensitiv und kann zu Verlaufsmessungen genutzt werden (Beck, Steer, & Brown, 1996). Der BDI-II lässt sich anhand seiner Faktorenstruktur in zwei Faktoren unterteilen, einen kognitiven Faktor, welcher die Items 2,3,5–9 und 14 umfasst und einen somatisch-affektiver Faktor, welchem die restlichen Items zugeordnet werden können. Die beiden Subskalen hatten eine gute bis sehr gute interne Konsistenz mit Cronbachs alpha von 0.88 und 0.90 (Keller, Hautzinger, & Kühner, 2008).

### **SCL-90R**

Die *Symptom-Checkliste* (SCL-90R) misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen.

Die 90 Items sind in Form von Fragen bezüglich des Auftretens eines Symptoms innerhalb der letzten Woche formuliert und können anhand einer fünfstufigen Likert-Skala von „überhaupt nicht“ (0) bis „sehr stark“ (5) eingeschätzt werden. Die 90 Items geben Auskunft über neun Skalen, welche die Bereiche Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus beschreiben. Ausserdem können drei globale Kennwerte gebildet werden, der „Global Severity Index“ (GSI), welcher die grundsätzliche psychische Belastung misst, der „Positive Symptome Distress Index“ (PSDI), welcher die Intensität der Antworten ausdrückt und der „Positive Symptome Total“ (PST), der Auskunft über die Anzahl der Symptome gibt, bei denen eine Belastung vorliegt.

Die Auswertung erfolgt für die neun Skalen durch Addition der einzelnen Summenwerte mittels eines Auswertungsschemas. Der GSI berechnet sich aus dem Gesamtsummenwert der neun Skalen und der Zusatzitems, dividiert durch die Anzahl der beantworteten Fragen. Der PST ist die Summe aller Items, welche mit > 1 bewertet wurden und der PSDI ergibt sich durch die Division des Gesamtsummenwertes der Items durch den PST. Die daraus entstehenden Rohdaten können mittels normierter T-Werte standardisiert werden. Die Interpretation der Ergebnisse erfolgt mit Hilfe eines mehrstufigen Auswertungsschemas, kurzgefasst gelten Werte > 60 auf den neun Skalen und den drei globalen Kennwerten als klinisch relevant. Dabei gelten Werte zwischen 60–64 als leicht erhöht, zwischen 65–69 als deutlich erhöht, zwischen 70–74 als stark erhöht und zwischen 75–80 als sehr stark erhöht.

Der SCL-90R bietet die Möglichkeit der Messwiederholung und dient bezüglich der Symptomatik als Verlaufs- und Erfolgsmass bzw. Evaluation einer Behandlung. Für die Items besteht eine Augenscheinvalidität, die interne Konsistenz (Cronbachs alpha) liegt zwischen .75 und 0.87 für die neun Skalen, für die drei globalen Kennwerte liegt sie zwischen 0.96 und .98 (Franke & Derogatis, 1995).

### **HAMD-24**

Die *Hamilton Rating Scale for Depression* (HAMD) dient zur Ermittlung der Schwere einer depressiven Störung. Es handelt sich dabei um eine klinische Fremdbeurteilungsskala, bei denen der Untersucher beurteilt, wie schwer ein bestimmtes Symptom ausgeprägt ist. Der HAMD liegt in unterschied-



lichen Versionen vor, die hier verwendete besteht aus einer Liste mit 24 Symptomen oder Symptomkomplexen. Die Items beinhalten Themen wie Schuldgefühle, verschiedene Arten von Schlafstörungen, Hypochondrie oder Suizidgedanken. Zur Einschätzung der Items stehen dem Beurteiler zum Teil eine mehrstufige Kategorienskala zur Verfügung, bei manchen Items hingegen lediglich eine quantitative Intensitätsskala. Der Summenwert liegt beim HAMD-24 zwischen 0 und 76. Die Auswertung erfolgt durch Addition der Itemwerte. Ein Wert von > 18 Punkten gilt dabei als deutlich symptomatischer Cut-off Wert. Die interne Konsistenz der Faktoren liegt zwischen .73 und .91 (Cronbachs alpha) (Hamilton, 1960).

### **Suizidalität**

Die Suizidalität wurde anhand des Items 15 des SCL-90R und des Item 9 des BDI-II erhoben. Das Suizidalitäts-Item des SCL-90R lautet „Gedanken, sich das Leben zu nehmen“ und muss mit „überhaupt nicht“, „ein wenig“, „ziemlich“, „stark“ und „sehr stark“ bewertet werden. Beim Suizidalitäts-Item des BDI-II lautet die Überschrift „Selbstmordgedanken“ und es muss eine der vier Optionen „Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun“, „Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun“, „Ich möchte mich am liebsten umbringen“ oder „Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit dazu hätte“ ausgewählt werden.

## **7.4.3 Hilf- und Hoffnungslosigkeit**

### **H-S-Skala**

Die Skalen zur Hoffnungslosigkeit sind die deutschsprachigen Bearbeitungen und Weiterentwicklungen der *Hopelessness Scale*, von Aaron T. Beck, welche im Rahmen der kognitiven Theorie der Depression entwickelt wurde. Die H-Skalen erfassen die negativen Erwartungen einer Person über sich selbst, die Umwelt und ihr künftiges Leben. Die H-Skalen liegen in unterschiedlichen Versionen vor. Die hier verwendete Standardversion, die H-S-Skala, umfasst 20 Aussagen für welche angegeben werden muss, ob sie für die eigene Person zutreffen (richtig) oder nicht (falsch). Die Auswertung erfolgt mittels Auswertungsschablone, mit deren Hilfe die Rohwertpunkte pro Item vergeben werden (1 oder 2 Punkte). Es liegen normierte Werte vor, mit denen der Gesamtrohwert der H-S-Skala in T-Werte umgerechnet werden kann. Dabei werden Werte von > 60 als klinisch relevant betrachtet. Die interne Konsistenz der H-Skalen ist befriedigend (Krampen, 1994).

### **IPC**

Der IPC-Fragebogen ist ein normiertes Erhebungsverfahren zur Erfassung der Persönlichkeitsvariablen „Generalisierte Kontrollüberzeugung“. Folgende Aspekte individueller Kontrollüberzeugungen werden dabei erfasst: (1) Internalität: subjektive Überzeugung, das Leben und wichtige Ereignisse in ihm selbst bestimmen und beeinflussen zu können), (2) sozial bedingte Externalität: Gefühl der Machtlosigkeit und Abhängigkeit von anderen, mächtigeren Personen und (3) fatalistische Externalität: Überzeugung, das Leben und Ereignisse in ihm seien weitgehend durch Schicksal, Zufall, Pech

und/oder Glück bestimmt. Der IPC besteht aus 24 Items die auf einer sechsstufigen Likert-Skala von „sehr richtig“ bis „sehr falsch“ geratet werden. Aus den Rohwerten der Items können Summenwerte zu den drei Skalen gebildet werden, die die obengenannten Aspekte zu generalisierten Kontrollüberzeugungen widerspiegeln: I-Skala (Internalität), P-Skala (Externalität, die durch ein subjektives Gefühl der Machtlosigkeit bedingt ist) und die C-Skala (Externalität, die durch Fatalismus bedingt ist). Es liegen Normierungstabellen für die Rohwerte vor, zur verbalen Klassifikation können Stanine-Werte herangezogen werden. Die interne Konsistenz der Skalen liegt zwischen .91 und .96 (Krampen, 1981).

#### **7.4.4 Therapeutische Beziehung**

##### **HAQ**

Der *Helping Alliance Questionnaire* (HAQ) von Luborsky besteht aus elf Fragen zur therapeutischen Beziehung und Prozessvariablen und kann sowohl vom Patienten (HAQ-S) als auch vom Therapeuten (HAQ-F) beantwortet werden. Dadurch kann die „Therapeutische Beziehungszufriedenheit“ und „Zufriedenheit mit dem therapeutischen Ergebnis“ erhoben werden. Die Items werden anhand einer sechsstufigen Likert-Skala („sehr zutreffend“ bis „sehr unzutreffend“) geratet. Normwerte liegen für den HAQ nicht vor (Bassler, Potratz, & Krauthauser, 1995).

##### **IMI-R**

Die überarbeitete Version des *Impact Message Inventory* (IMI-R) ist ein Instrument zur Interpersonellen Fremdbeurteilung. Es dient der Beschreibung zwischenmenschlicher Interaktionen indem es die Wirkung einer Person auf eine andere erhebt. Diese wird anhand von acht Faktoren beschrieben, welche dem Circumplexmodell angehören. Die acht Faktoren können die Ausprägungen *freundlich*, *freundlich-submissiv*, *submissiv*, *submissiv-feindselig*, *feindselig*, *feindselig-dominant*, *dominant* und *dominant-freundlich* annehmen. Er besteht aus 64 Items (jeweils acht pro Faktor), welche anhand einer vierstufigen Likert-Skala (von „stimmt gar nicht“ bis „stimmt genau“) eingeschätzt werden. Die Ergebnisse können grafisch im Kiesler-Kreis dargestellt werden (Caspar, 2003; Kiesler, 1987).

#### **7.5 Auswertung**

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte grösstenteils von Hand mittels der entsprechenden Auswertungsschablonen und Auswertungsschemata. Zur Auswertung des DEQ wurde das *DEQ Scoring Program for SPSS* (Version 3, May 15, 2001 Avi Besser & Alon Babchoock) verwendet und der Standard-Score analog zum Vorgehen von Blatt und Kollegen (1976) berechnet. Dabei wurden nur die Skalen *Abhängigkeit* und *Selbstkritik* verwendet. Die Skala *Selbstwirksamkeit* wurde aufgrund der pathologischen Ausrichtung der Fragestellungen und in Anlehnung an das Vorgehen vergleichbarer klinischer Studien nicht berücksichtigt. Der DEQ wurde als Hauptzielparameter für diese Studie definiert, d. h. die statische Auswertung erfolgte zum grössten Teil in Bezug auf die beiden DEQ-Skalen

Abhängigkeit und Selbstkritik. Eine Ausnahme wurde in Bezug auf die Fragestellung „Auswirkung auf die therapeutische Beziehung“ gemacht. Hier wurde aufgrund der Vergleichbarkeit mit anderen klinischen Studien und seiner grossen Übereinstimmung mit dem DEQ (Luyten et al., 2005c) der DAS als zweiter Hauptzielparameter verwendet.

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mittels SPSS (Version 20.0). Dabei kamen verschiedene parametrische Tests, welche weiter unten näher beschrieben werden, zur Verwendung. Zu beachten ist, dass bei einer Mehrzahl der Patienten der Messzeitpunkt T1 (nach 4 Wochen) dem Messzeitpunkt T2 (Austritt) entspricht, da auf die Erhebung T2 verzichtet wurde, wenn die Patienten innerhalb von einer Woche nach T1 austraten. Für die Auswertung der Ergebnisse hat dies folgende Konsequenzen: Bei der Betrachtung einzelner Messzeitpunkte wurden die Daten entsprechend für beide Messzeitpunkte (T1 und T2) genutzt, wobei T2 immer für die Aufenthaltsdauer kontrolliert wurde. Vergleiche zwischen den Messzeitpunkten fanden nur zwischen T0 und T1 oder T0 und T2 statt um eine Übergewichtung der Ergebnisse zu verhindern. Lediglich für die deskriptive Statistik der Fragebögen wurden die Mittelwerte für alle drei Messzeitpunkte berechnet, d. h. die Ergebnisse wurden teilweise zwei Mal verwendet. Dabei dient die grafische Darstellung der Mittelwerte aller drei Messzeitpunkte vor allem der Veranschaulichung. Die Verlaufsveränderung erfolgte aber entsprechend dem obigen Vorgehen nur zwischen T0 und T2. Abbildung 4 verdeutlicht die Stichprobensummen zu den drei Messzeitpunkten.

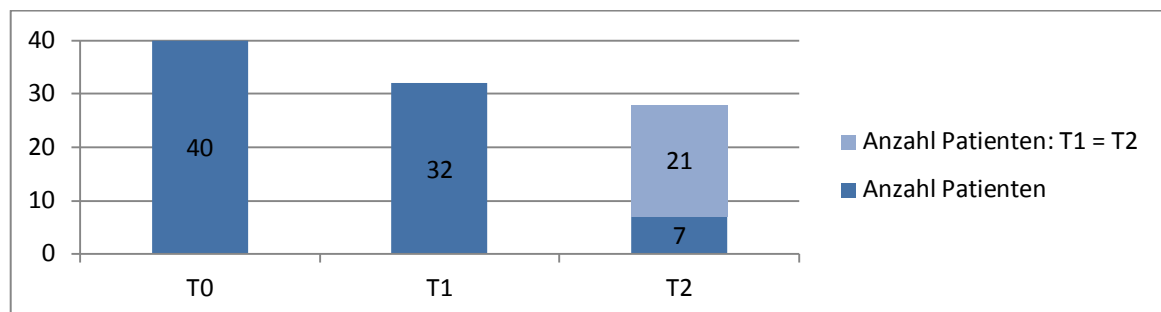


Abbildung 4: Stichprobengrösse für die drei Messzeitpunkte

### 7.5.1 Deskriptive Statistik

Zur näheren Beschreibung der Stichprobe wurden deskriptive Statistiken verwendet. Für die Veränderungsmessung über die gesamte Stichprobe wurde der abhängige T-Test benutzt, um die Eintrittsmessung mit der Austrittsmessung zu vergleichen.

### 7.5.2 Korrelationen

Die Korrelationsanalysen wurden für den Messzeitpunkt T0 und T1 mittels den Bivariaten Korrelationen berechnet, für die zugehörigen Gruppenvergleiche innerhalb der anamnestischen Basisdaten (z. B. Geschlecht) kam der unabhängige T-Test zum Einsatz. Für den Messzeitpunkt T2 (Austritt)

wurde aufgrund der unterschiedlichen Zeitpunkte der Erhebung eine partielle Korrelation verwendet und die Kovariate *Aufenthaltsdauer* kontrolliert.

### 7.5.3 Gruppenbildung

Um die Daten explorativ weiter zu untersuchen und nähere Aussagen über die Auswirkungen der DEQ-Skalen gerade auf den Eintrittszeitpunkt treffen zu können, wurden bezüglich der Ausprägungen Abhängigkeit und Selbstkritik die Daten, in Anlehnung an das Vorgehen von Blatt und Kollegen (1982) in verschiedene Gruppen unterteilt. Hierfür wurde zunächst ein Median-Split für Abhängigkeit und Selbstkritik durchgeführt, anhand dessen die Stichprobe ( $N = 40$ ) in zunächst vier Gruppen eingeteilt wurde: *Abhängigkeit hoch* ( $\text{deq\_dep} > 0.3335$ ,  $N = 6$ ), *Selbstkritik hoch* ( $\text{deq\_sc} > 0.4174$ ,  $N = 6$ ), *Abhängigkeit und Selbstkritik hoch* ( $\text{deq\_dep} > 0.3335$  und  $\text{deq\_sc} > 0.4174$ ,  $N = 14$ ) und *Abhängigkeit und Selbstkritik niedrig* ( $\text{deq\_dep} < 0.3335$  und  $\text{deq\_sc} < 0.4174$ ,  $N = 14$ ). Aufgrund der stark unterschiedlichen Gruppengrößen und nachdem ein erstes Datenscreening mittels der Gruppenfaktoren zeigte, dass die Gruppen *Abhängigkeit hoch* und *Selbstkritik hoch* sich bezüglich zentraler Parameter (z.B. für Symptomatik gemessen mit dem BDI-II) in ihren Mittelwerten (*Abhängigkeit hoch*:  $\bar{x} = 35.5$   $s = 10.672$ ; *Selbstkritik hoch*:  $\bar{x} = 34.83$   $s = 8.864$ ) nicht signifikant unterschieden ( $F(1,10) = 0.014$ ,  $p = 0.909$ ,  $\eta^2 = 0.001$ ), d.h. eine homogene Gruppe bildeten, wurden sie zu einer gemeinsamen Gruppe *Abhängigkeit oder Selbstkritik hoch* ( $\text{deq\_dep} > 0.3335$  oder  $\text{deq\_sc} > 0.4174$ ,  $N = 12$ ) zusammengefasst, wodurch sich drei annähernd gleich grosse Gruppen ergaben. Die Gruppen werden wie folgt abgekürzt:

- *Abhängigkeit und Selbstkritik hoch* = AuS\_H ( $N = 14$ )
- *Abhängigkeit oder Selbstkritik hoch* = AoS\_H ( $N = 12$ )
- *Abhängigkeit und Selbstkritik niedrig* = AuS\_N ( $N = 14$ )

### 7.5.4 Varianzanalysen

Für die, wie oben beschrieben, gebildeten Gruppenfaktoren wurden Univariate ANOVAs für die Fragebogendaten der Eintrittsmessung T0 durchgeführt, welche in den vorangegangenen Korrelationsanalysen signifikante Zusammenhänge zu den Skalen des DEQ aufzeigten, aber aufgrund der bei beiden Skalen starken, hochsignifikanten Korrelationen keine Aussagen über Unterschiede zuließen. Ausserdem wurde der IMI-R für T1 anhand der Gruppenfaktoren analysiert.

Die dabei gefundenen Zwischensubjekteffekte der Gruppen wurden mittels Post-Hoc Test nach Tukey paarweise verglichen und um den Typ I Fehler zu kontrollieren mittels Bonferoni überprüft.

Die Gruppenfaktoren wurden ausserdem genutzt um die Verlaufsveränderung gruppenspezifisch zu untersuchen. Hierfür wurde mittels ANOVA mit Messwiederholung die Messzeitpunkte T0 und T2 auf Unterschiede zwischen den Gruppen analysiert. Dabei wurde die Kovariate *Aufenthaltsdauer*, aufgrund der unterschiedlichen Erhebungszeitpunkte von T2, kontrolliert.

## 8 Ergebnisse

### 8.1 Deskriptive Statistik

Die deskriptive Statistik dient der Stichprobenbeschreibung und gibt einen Überblick zur Ausprägung über die gesamte Stichprobe der Depressionsdimensionen Abhängigkeit und Selbstkritik, der Symptomatik, Suizidalität, Hoffnungs- und Hilflosigkeit. Zudem wird dargelegt, wie die therapeutische Beziehung von den Patienten wahrgenommen und eingeschätzt wurde.

#### 8.1.1 Stichprobenmerkmale

##### Anzahl

Von den 50 stationären Patienten, welche in dieser Studie eingeschlossen wurden, mussten zehn Personen aufgrund von freiwilligen oder erforderlichen Studienabbrüchen oder Unbrauchbarkeit der erhobenen Daten aus der Stichprobe entfernt werden. Für die statistische Auswertung standen dementsprechend die Daten von 40 Personen zur Verfügung. Für T0 liegt ein Datensatz von  $N = 40$  vor. Die Verlaufsmessung T1 liegt für 32 Personen vor. Insgesamt sieben Personen haben an allen drei Erhebungen (T0, T1, T2) teilgenommen. Da bei einem grossen Anteil der teilnehmenden Patienten die Verlaufsmessung (T1) der Austrittserhebung (T2) entspricht, liegen für T2 insgesamt 28 Datensätze vor.

##### Geschlecht

Die Stichprobe umfasst 30 Frauen und 10 Männer. Dies entspricht einem Verhältnis von 1:3.

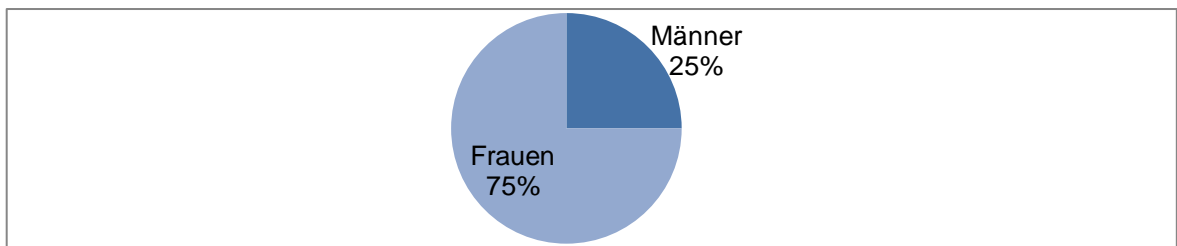


Abbildung 5: Geschlechterverteilung

##### Alter

Der Altersdurchschnitt lag bei 40 Jahren ( $\bar{x} = 40.05$ ,  $s = 13.307$ ). Die Abbildung 6 auf Seite 62 gibt einen Überblick über die Verteilung in den unterschiedlichen Altersgruppen.

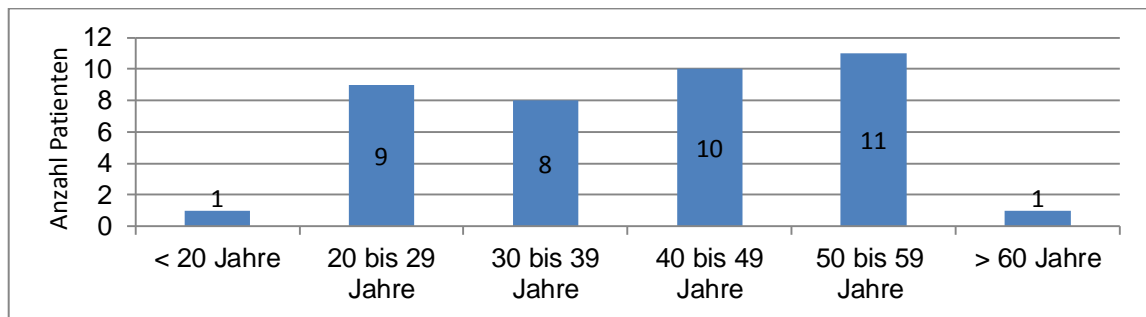


Abbildung 6: Altersgruppenverteilung

### Diagnose und Schweregrad

Von den 40 Patienten hatten neun die Diagnose einer depressiven Episode, 31 Patienten hatten eine rezidivierende depressive Störung. Von den Patienten mit einer depressiven Episode hatten drei eine mittelgradige und sechs eine schwere depressive Symptomatik. Bei den rezidivierenden depressiven Störungen hatten etwa die Hälfte ( $N = 15$ ) eine mittelgradige Episode diagnostiziert, die andere Hälfte ( $N = 16$ ) eine schwere depressive Episode. Abbildung 7 zeigt diesen Zusammenhang.

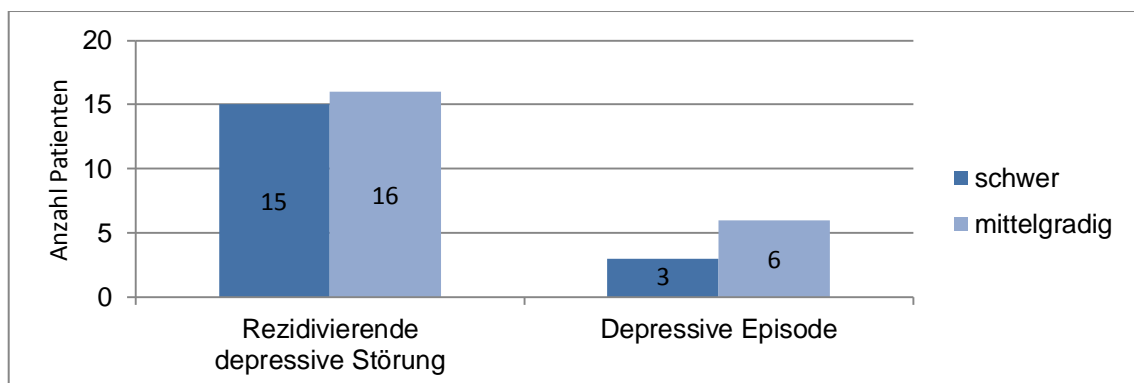


Abbildung 7: Verteilung von Diagnose und Schweregrad

### Anzahl Episoden

Die Patienten berichteten im Schnitt von drei der aktuellen Episode vorgegangenen, depressiven Phasen ( $\bar{x} = 3.21$ ,  $s = 3.416$ ). Elf Personen konnten keine Angabe zu vorangegangenen Episoden machen, entweder weil sie sich nicht erinnerten, es zu viele waren, oder diese nicht als einzelne, abgetrennte Episoden erlebt wurden (siehe auch Abbildung 8 auf Seite 63).

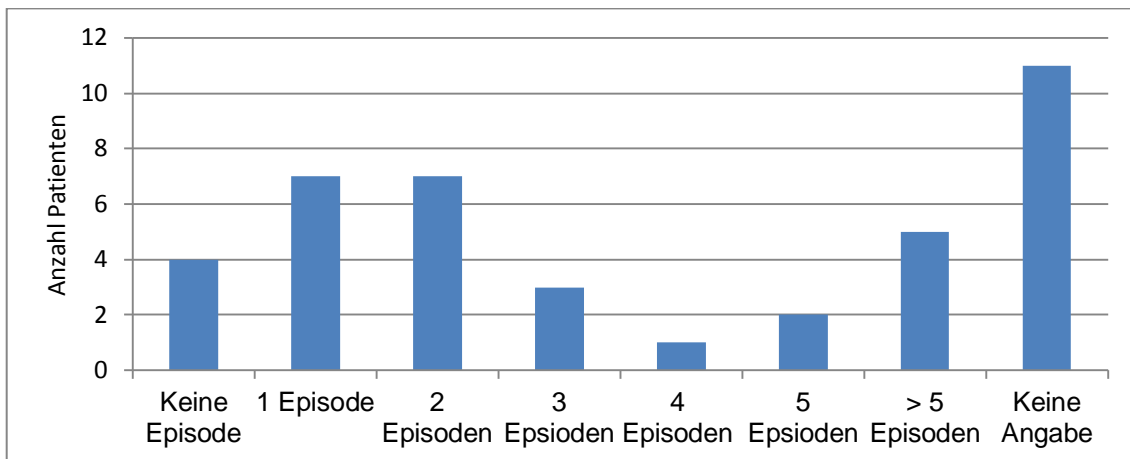


Abbildung 8: Anzahl vorangegangener Episoden

### Vorhospitalisationen

Die untersuchten Patienten waren im Schnitt ein Mal vorhospitalisiert und hatten durchschnittlich eine stationäre Behandlung in ihrer Anamnese ( $\bar{x} = 1.2$ ,  $s = 2.638$ ), wobei der Grossteil eine oder keine stationäre Vorbehandlung aufwies. Die Streuung war jedoch sehr gross ( $R = 13$ ). Einen prozentualen Überblick gibt Abbildung 9.

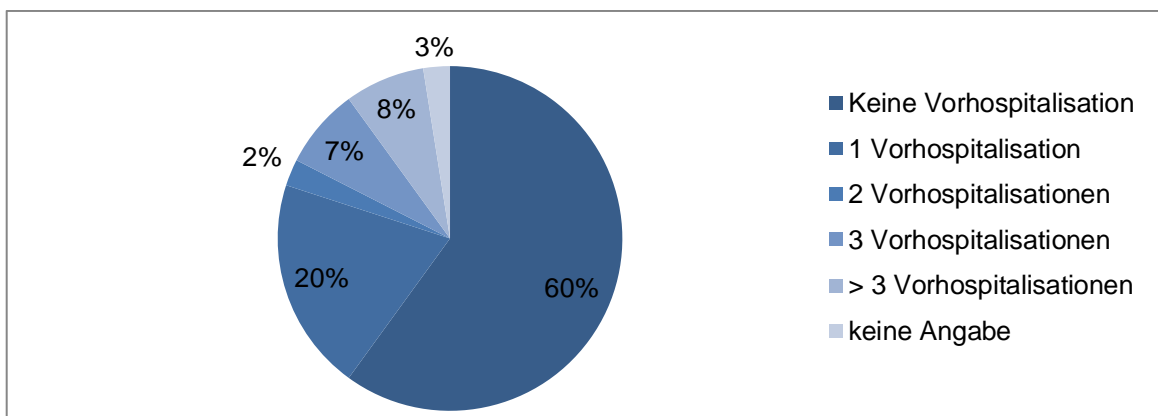


Abbildung 9: Verteilung der Anzahl Vorhospitalisationen

### Aufenthaltsdauer

Bei der Aufenthaltsdauer lag der Mittelwert in der Stichprobe bei 43 Tagen ( $\bar{x} = 42.65$ ,  $s = 18.988$ ), was einem Aufenthalt von sechs Wochen entspricht. Dabei unterschieden sich die Diagnosen depressive Episode und rezidivierende depressive Störung praktisch nicht in der Aufenthaltsdauer ( $\bar{x} = 41.89$ ,  $s = 18.871$  vs.  $\bar{x} = 42.87$ ,  $s = 19.327$ ). Abbildung 10 auf Seite 64 zeigt die Verteilung der Aufenthaltsdauer in Wochen.

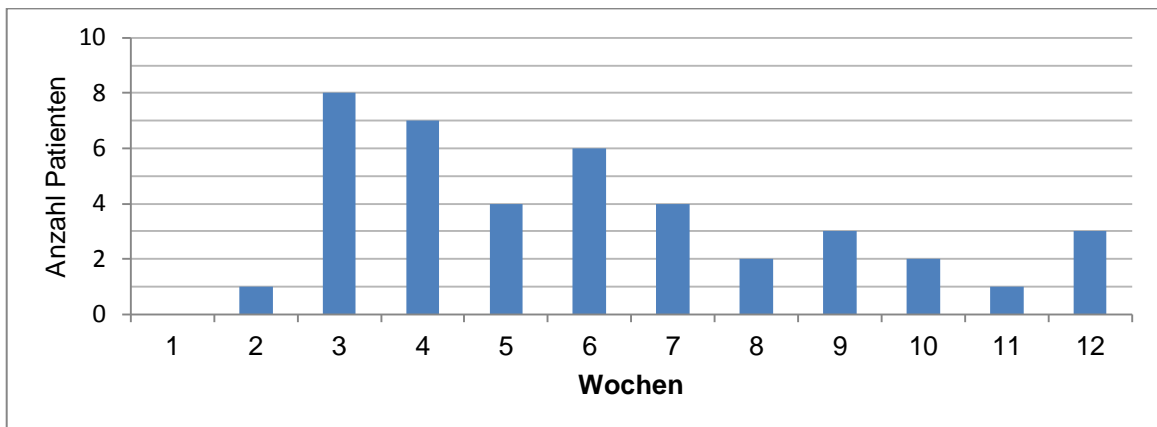


Abbildung 10: Aufenthaltsdauer in Wochen

### Familienanamnese

Depressive Erkrankungen in der Familie fanden sich bei etwas mehr als der Hälfte der Patienten (N = 22), vierzehn Personen verneinten eine Depression in der Familie, vier Personen konnten dazu keine Angaben machen. Prozentual wird dies in Abbildung 11 veranschaulicht.

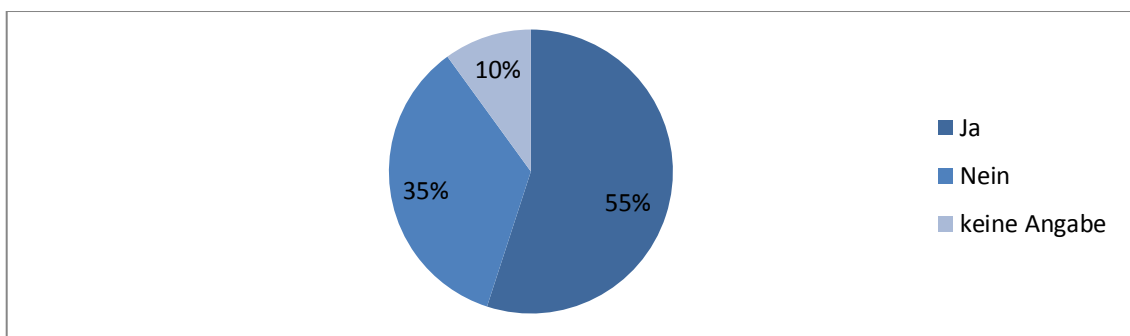


Abbildung 11: Depressive Erkrankung in der Familie

### 8.1.2 Depressionsdimensionen

Die deskriptive Statistik zu den Depressionsdimensionen untersucht die Fragestellung, wie stark die Dimensionen Abhängigkeit und Selbstkritik in der klinischen Stichprobe ausgeprägt sind.

#### DEQ

Der Mittelwert der DEQ-Skala Abhängigkeit lag in der Stichprobe bei  $\bar{x} = 0.141$ ,  $s = 0.934$ . Für die Skala Selbstkritik lag der Mittelwert höher, bei  $\bar{x} = 0.369$ ,  $s = 0.935$ . Abbildung 12 auf Seite 65 zeigt die Verteilung für Abhängigkeit und Selbstkritik in der Stichprobe.



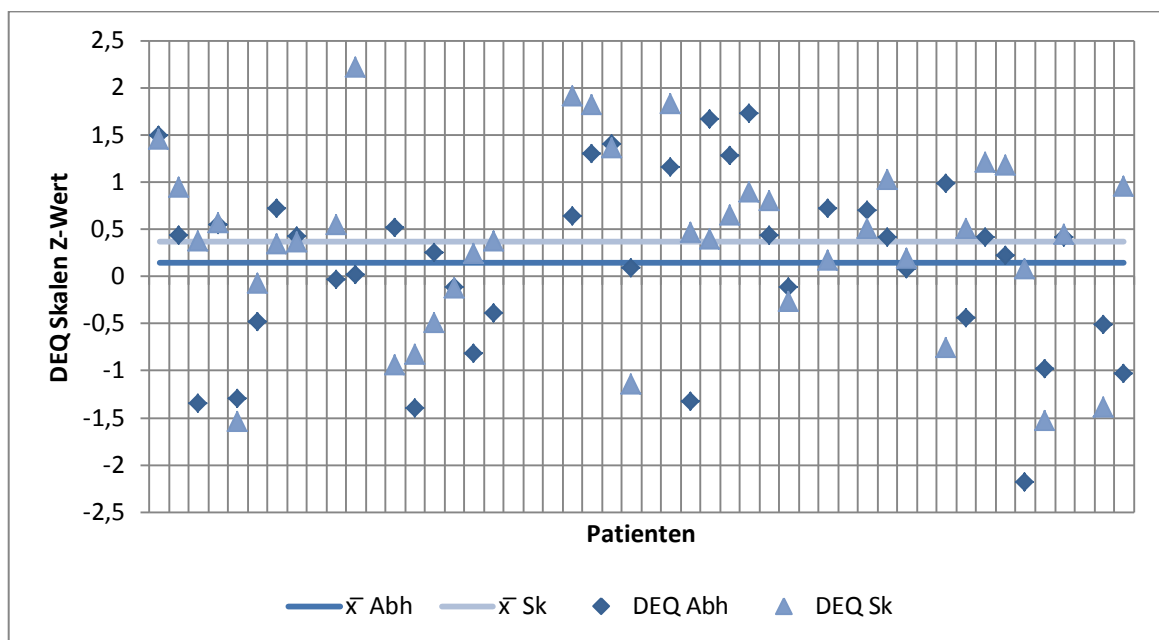


Abbildung 12: DEQ Einzel- und Mittelwerte für Selbstkritik und Abhängigkeit (N = 40)

## DAS

Der Gesamtmittelwert für die Skala dysfunktionaler Einstellungen lag bei  $\bar{x} = 149$ ,  $s = 47$ . Für die beiden Skalen „Dysfunktionale Einstellung bezüglich Leistung“ und „Dysfunktionale Einstellung bezüglich Anerkennung“ zeigte *Leistung* ein Mittel von  $\bar{x} = 62$ ,  $s = 23$  und *Anerkennung* einen mittleren Wert von  $\bar{x} = 32$ ,  $s = 11$ . Alle drei Mittelwerte überschritten damit die Cut-off Grenze eines klinisch auffälligen Wertes (Gesamt = 140, Leistung = 50, Anerkennung = 30). Von den insgesamt 40 Patienten überschritten 22 Patienten sowohl den Cut-off Wert für *Anerkennung* als auch für *Leistung*, vier Patienten überschritten nur den Cut-off für *Leistung*, zwei Patienten zeigten lediglich bei *Anerkennung* einen auffälligen Wert und zwölf Patienten blieben bei beiden Skalen unter dem klinisch Grenzwert. Abbildung 13, Abbildung 14 und Abbildung 15 unten zeigen die Einzelwerte der drei DAS-Kennwerte mit Cut-off Grenzen.

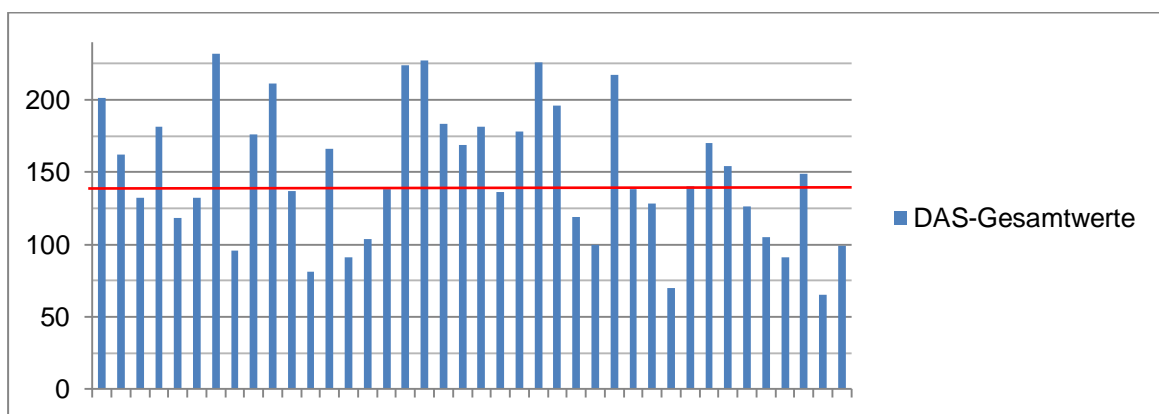


Abbildung 13: Einzelwerte für DAS-Gesamtwert, Grenzwert = 140

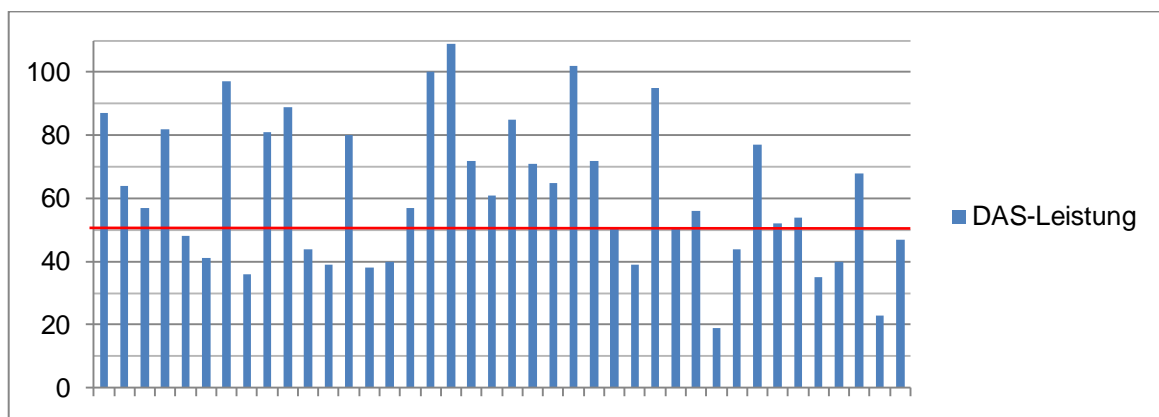


Abbildung 14: Einzelwerte für DAS-Leistung, Grenzwert = 50

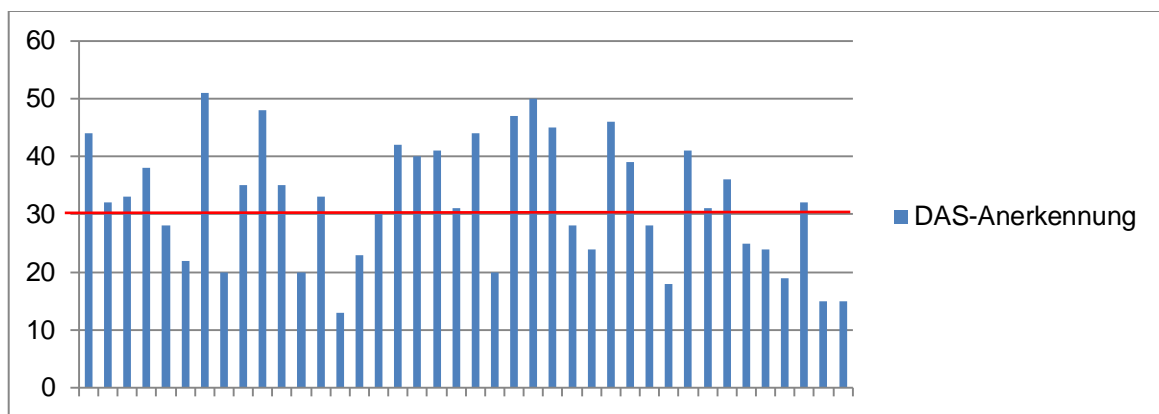


Abbildung 15: Einzelwerte für DAS-Anerkennung, Grenzwert = 30

### 8.1.3 Symptomatik

#### BDI-II

Bei Eintritt lag das Mittel des BDI-II bei  $\bar{x} = 34.35$ ,  $s = 12.17$ , was einer schweren Depression entspricht. Nach vier Wochen, zum Messzeitpunkt T1, lag der Mittelwert bei  $\bar{x} = 24.50$   $s = 15.82$  und somit im Bereich einer mittelschweren depressiven Symptomatik. Zum Austrittszeitpunkt erreichten die Patienten im Schnitt nur noch 20 Punkte ( $\bar{x} = 20.07$ ,  $s = 12.81$ ), was gerade den Grenzwert zwischen einer leichten und einer mittelschweren Depression markiert und einer Verbesserung von 14.43 Punkten entspricht. Bei den Patienten welche sowohl an der Eintritts- (T0) als auch an der Austrittsmessung (T2) teilgenommen hatten ( $N = 28$ ), fand sich eine durchschnittliche Verbesserung von 10.96 Punkten für den BDI-II. Hierfür besteht eine hochsignifikante Verbesserung zwischen T0 (Eintrittsmessung) und T2 (Austrittsmessung) mit  $t(27) = 5.767$ ,  $p < .001$ . Abbildung 16 auf Seite 67 zeigt den Verlauf des BDI-II über die Behandlungsdauer mit den gerundeten Punktwerten aller Patienten.

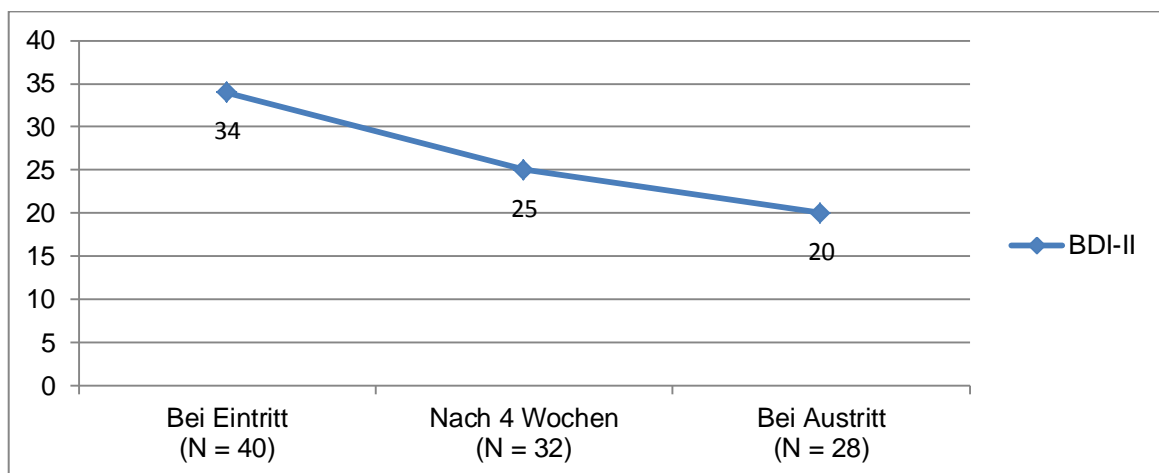


Abbildung 16: Veränderung des BDI-II Mittelwerts über den Verlauf der Behandlung

### HAMD-24

Die Mittelwerte der Hamilton-Skala verliefen von  $\bar{x} = 23.62$ ,  $s = 08.655$  (T0) über  $\bar{x} = 15.00$ ,  $s = 8.06$  (T1) zu  $\bar{x} = 12.92$ ,  $s = 7.44$  (T2). D.h. die Fremdeinschätzung der Depressivität entsprach zu Anfang einer mittelschweren Symptomatik und bei Austritt einer leichten Depression (siehe auch Abbildung 17). Die Veränderung des HAMD-24 Score ist von T0 zu T2 signifikant:  $t(35) = 6.139$ ,  $p < .001$ .

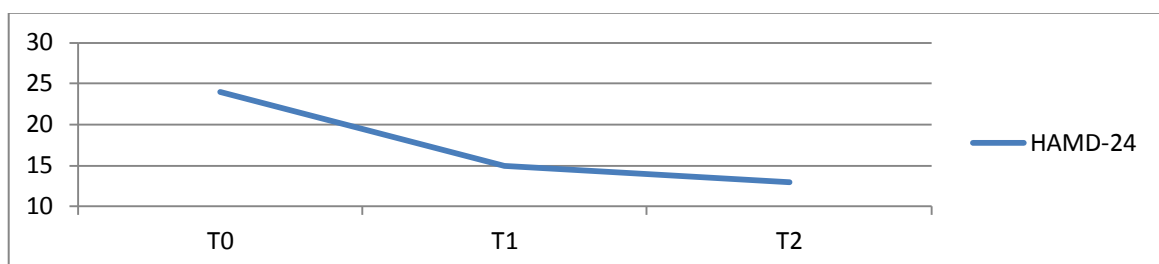


Abbildung 17: Veränderung des HAMD-24 über den Verlauf

### SCL-90R

Zu Anfang der stationären Behandlung (T0) lag das Mittel der T-Werte für die drei globalen SCL-90R Kennwerte Global Severity Index, Positiv Symptom Total und Positiv Symptom Distress bei  $\bar{x} = 70.35$ ,  $s = 8.26$  (GSI),  $\bar{x} = 66.65$ ,  $s = 7.26$  (PST) und  $\bar{x} = 66.68$ ,  $s = 7.59$  (PSDI). Nach vier Wochen (T1) lagen die Mittelwerte bei  $\bar{x} = 63.56$ ,  $s = 10.63$  (GSI),  $\bar{x} = 61.75$ ,  $s = 8.53$  (PST) und  $\bar{x} = 59.25$ ,  $s = 11.10$  (PSDI). Am Ende des stationären Aufenthaltes (T2) zeigten die Ergebnisse ein Mittel von  $\bar{x} = 60.89$ ,  $s = 10.66$  (GSI),  $\bar{x} = 60.68$ ,  $s = 7.88$  (PST) und  $\bar{x} = 55.79$ ,  $s = 10.68$  (PSDI).

Ein Vergleich der beiden Mittelwerte für Ein- und Austritt zeigt eine signifikante Verbesserung aller drei Kennwerte  $t(27) = 5.831$ ,  $p < .001$  (GSI),  $t(27) = 4.239$ ,  $p < .001$  (PST) und  $t(27) = 5.874$ ,  $p < .001$  (PSDI). Abbildung 18 auf Seite 68 veranschaulicht dies grafisch. Einen Überblick über die Mittelwerte und jeweiligen Standardabweichungen der einzelnen SCL-90R Skalen zu den drei Messzeitpunkten gibt Tabelle 3 auf Seite 68.

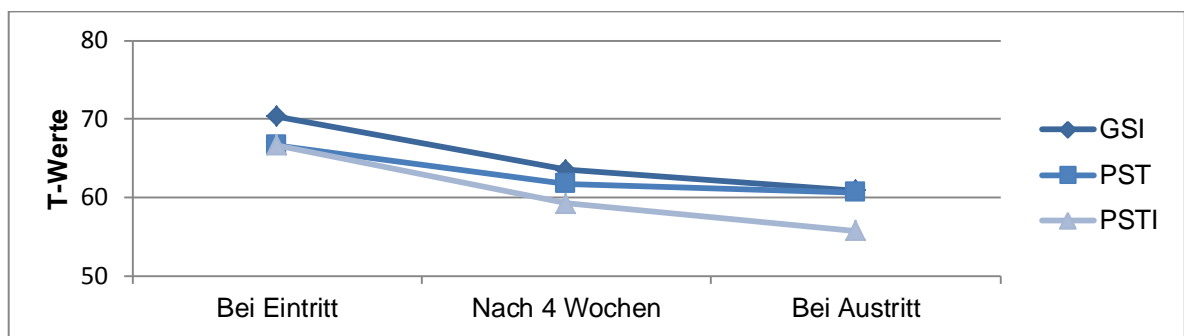


Abbildung 18: Veränderung der globalen SCL-90R Kennwerten über den Verlauf

Tabelle 3: Mittelwerte und Standardabweichung der SCL-90R Subskalen über den Verlauf

SCL-90R Skalen	Mittelwert T0	Mittelwert T1	Mittelwert T2
Somatisierung (T-Wert) s	64.32 10.67	58.56 10.78	56.57 10.81
Zwanghaftigkeit (T-Wert) s	70.43 7.73	64.81 9.64	62.93 9.57
Unsicherheit (T-Wert) s	66.50 9.43	59.09 11.85	57.57 9.67
Depressivität (T-Wert) s	72.30 7.39	65.47 9.98	63.18 9.20
Ängstlichkeit (T-Wert) s	67.48 8.90	62.47 10.24	61.57 9.34
Aggressivität/ Feindseligkeit (T-Wert) s	62.45 10.56	58.19 11.32	55.54 10.37
Phobische Angst (T-Wert) s	66.80 11.02	62.47 10.65	60.64 10.31
Paranoides Denken (T-Wert) s	60.47 12.20	55.84 12.78	54.46 11.45
Psychotizismus (T-Wert) s	66.12 7.15	59.25 11.99	58.39 9.32

### 8.1.4 Suizidalität

#### Suizidgedanken

Die Suizidalität, gemessen an Item 9 des BDI-II und Item 15 des SCL-90R, zeigte bei Eintritt einen Mittelwert von  $\bar{x} = 1.15$ ,  $s = 0.83$  für den BDI-II und  $\bar{x} = 1.51$ ,  $s = 1.412$  für den SCL-90R. Für T1 lagen die Mittelwerte bei  $\bar{x} = 0.91$ ,  $s = 0.93$  (BDI-II) und  $\bar{x} = 1.31$ ,  $s = 1.40$  (SCL-90R). Bei Austritt (T2) hatte Item 9 des BDI-II ein Mittel von  $\bar{x} = 0.74$ ,  $s = 0.81$  und Item 15 des SCL-90R einen mittleren Wert von  $\bar{x} = 0.81$ ,  $s = 0.92$ . Für beide Suizidalität-Items gilt, dass sich der Wert von T0 zu T2 im Verlauf signifikant verbesserte  $t(26) = 2.550$ ,  $p < .017$  (BDI-II) und  $t(25) = 2.132$ ,  $p < .043$  (SCL-90R). Abbildung 19 auf Seite 69 stellt den Verlauf der Suizidalität dar.

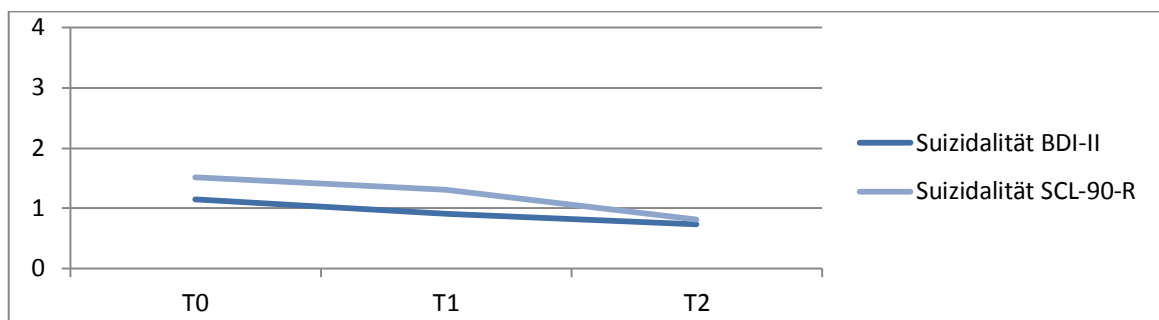


Abbildung 19: Veränderung der Suizidalität über den Verlauf

### Suizidversuch

Knapp die Hälfte der Patienten (N = 17) hatte mindestens einen Suizidversuch (SV) in der Vergangenheit unternommen, 23 verneinten einen Suizidversuch. Von den 17 Personen mit einer positiven Suizidanamnese gaben elf davon an, einen Versuch unternommen zu haben, drei Personen hatten bereits zwei Versuche unternommen und eine Person berichtete von drei Suizidversuchen in der Vergangenheit. Ein Patient machte keine Angaben zu der Anzahl unternommener Suizidversuche. In Abbildung 20 wird das Verhältnis der Anzahl unternommener Suizidversuche in der Stichprobe dargestellt.

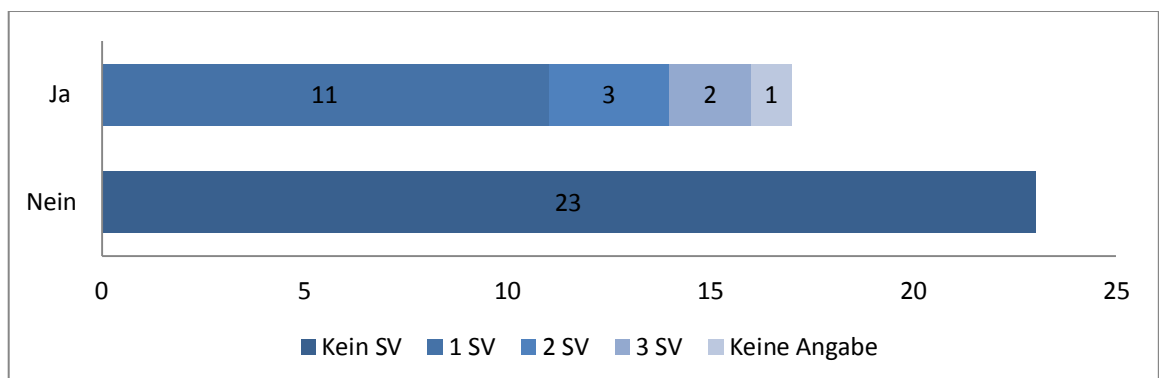


Abbildung 20: Suizidversuche in der Vergangenheit

Bei etwa der Hälfte (N = 8) der Patienten mit einem oder mehreren Suizidversuchen handelte es sich um einen schweren Suizidversuch, bei 6 Patienten liess sich eine definitive, wenn auch ambivalente Absicht erkennen, in zwei Fällen lag eine eher geringe Suizidabsicht vor. Insgesamt lässt sich feststellen, dass etwa ein Fünftel (21%) der untersuchten Patienten mindestens einen schweren Suizidversuch in der Vergangenheit unternommen hatten. Abbildung 21 auf Seite 70 gibt einen prozentualen Überblick.

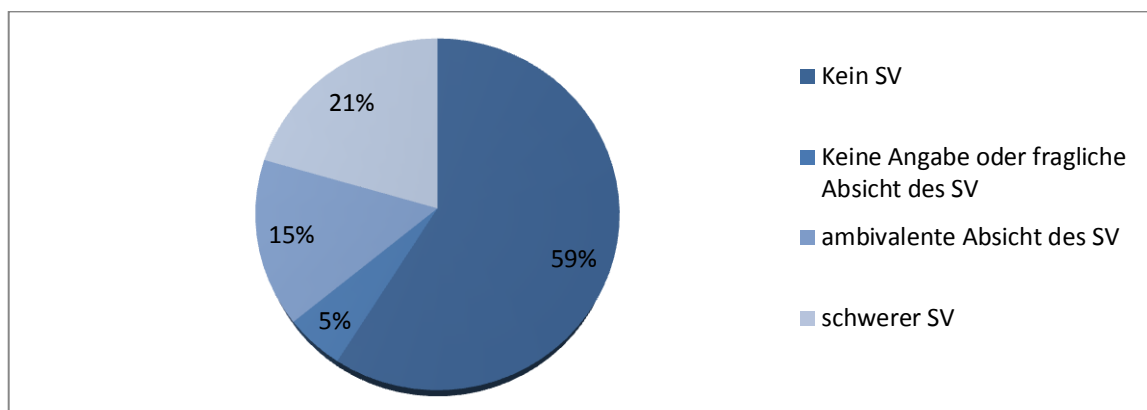


Abbildung 21: Schweregrad des Suizidversuchs

### 8.1.5 Hoffnungs- und Hilflosigkeit

#### IPC-Fragebogen

Im Mittel zeigten sich bei den untersuchten Patienten anhand der Stanine-Werte über alle drei Messzeitpunkte hinweg eine unterdurchschnittliche Internalität (I-Skala) und eine durchschnittliche Externalität für subjektive Machtlosigkeit (P-Skala) und Fatalismus (C-Skala). Die Veränderung der mittleren T-Werte ist zwischen T0 und T2 für keine der drei Skalen signifikant. Tabelle 4 zeigt die Stanine, T-Werte und Standardabweichungen für die Skalen über die drei Messzeitpunkte.

Tabelle 4: Stanine-Werte, Mittelwerte und Standardabweichung der IPC-Skalen über den Verlauf

IPC-Skalen		T0	T1	T2
I-Skala	Stanine	3	3	3
	T-Wert	42.05	43.06	43.04
	s	9.16	9.81	7.86
P-Skala	Stanine	6	6	6
	T-Wert	52.95	55.68	52.18
	s	13.61	15.12	13.47
C-Skala	Stanine	6	6	6
	T-Wert	55.13	53.71	51.61
	s	12.33	11.69	9.34

#### H-Skala

Die mittleren T-Werte für die Hoffnungslosigkeitsskala verliefen von der Eintrittsmessung (T0) mit  $\bar{x} = 69.73$ ,  $s = 8.19$  zur Messung nach vier Wochen (T1) mit  $\bar{x} = 64.84$ ,  $s = 11.36$  bis zur Austrittsmessung (T2) mit  $\bar{x} = 62.59$ ,  $s = 10.03$ . Auch hier lag über die Stichprobe hinweg eine signifikante Verbesserung vor:  $t(26) = 2.82$ ,  $p < .009$ . Den Verlauf zeigt Abbildung 22 auf Seite 71.

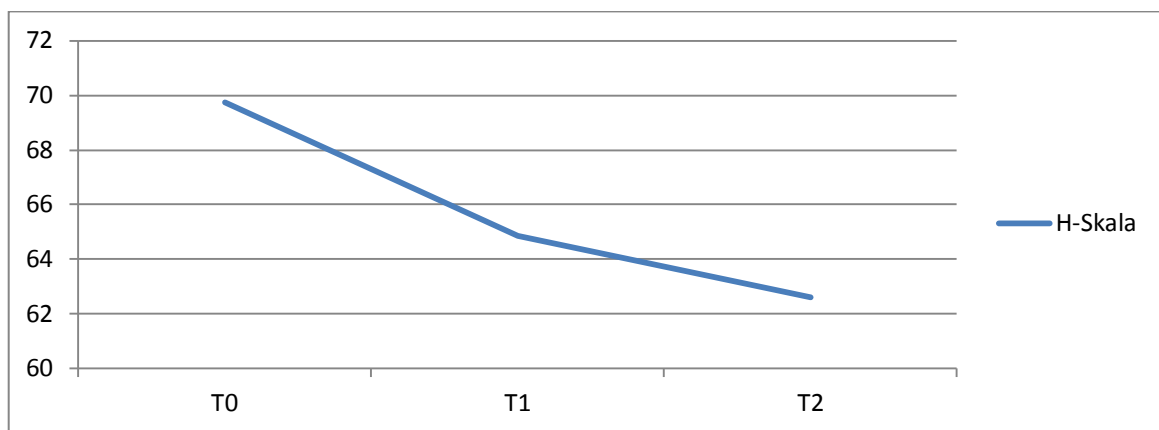


Abbildung 22: Veränderung der H-Skala über den Verlauf

### 8.1.6 Therapeutische Beziehung

#### HAQ

Die therapeutische Beziehung wurde zum Messzeitpunkt T1 im Mittel mit  $\bar{x} = 11.60$ ,  $s = 10.67$  bewertet, nach vier Wochen mit  $\bar{x} = 14.72$ ,  $s = 13.32$  und zum Zeitpunkt des Austrittes mit  $\bar{x} = 16.12$ ,  $s = 12.336$ . Die Beurteilung durch den Behandler verliefen im Mittel von  $\bar{x} = 14.87$ ,  $s = 8.19$  (T0) zu  $\bar{x} = 18.70$ ,  $s = 7.415$  nach vier Wochen (T1), bzw.  $\bar{x} = 19.00$ ,  $s = 7.02$  bei Austritt (T2). Sowohl bei der Patienten- als auch bei der Therapeutenbeurteilung zeigte sich ein Trend dahingehend, dass die therapeutische Beziehung bei Austritt besser beurteilt wurde als bei Eintritt. Dies war jedoch nur für die Fremdbeurteilung signifikant  $t(35) = -2.61$ ,  $p < .05$  (HAQ-F);  $t(25) = -2.01$ ,  $p = .055$  (HAQ-S). Insgesamt wurde die therapeutische Beziehung von den Patienten schlechter bewertet als von den Behandlern, wie Abbildung 23 veranschaulicht.

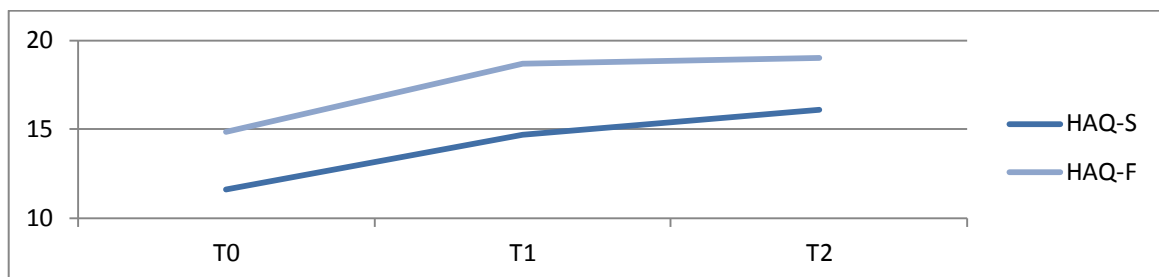


Abbildung 23: Veränderung des HAQ für Patient und Therapeut über den Verlauf

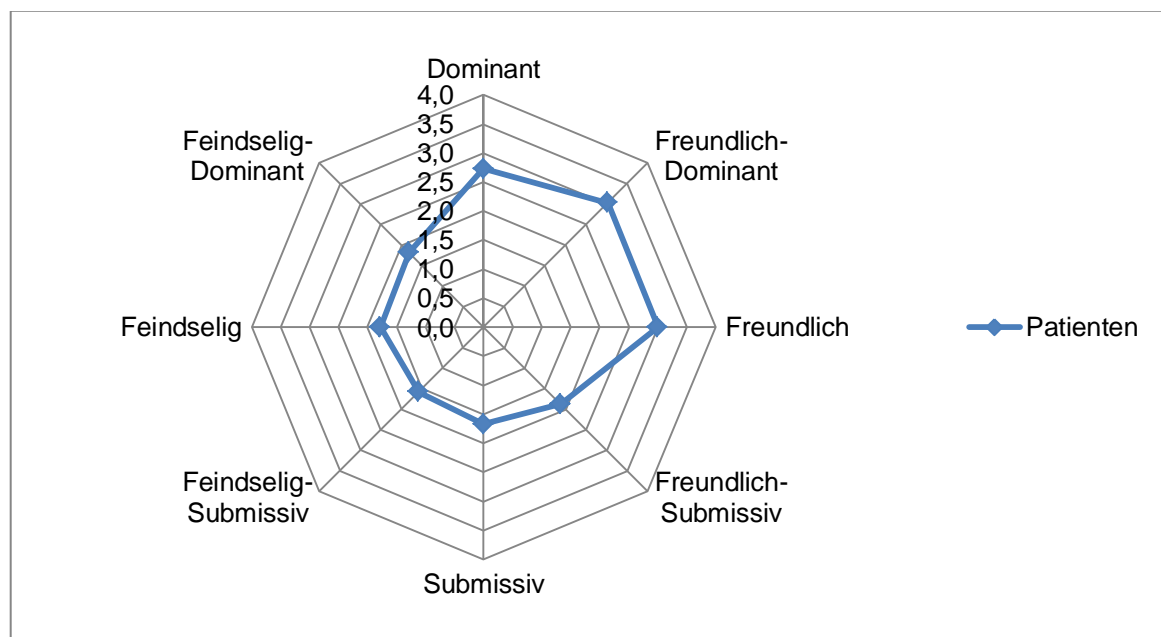
#### IMI-R

Der IMI-R wurde einmalig zum Messzeitpunkt T1 von Patienten und Behandlern ausgefüllt. Tabelle 5 auf Seite 72 zeigt die Mittelwerte für die acht Subskalen des IMI-R mit Standardabweichungen, jeweils für die Patienten- und Behandlerbeurteilung.

**Tabelle 5: Mittelwerte und Standardabweichungen der IMI-R Skalen für Patienten und Behandler**

IMI-R Skala	IMI-R Patient	s	IMI-R Therapeut	s
Dominant	2.72	.39	2.10	.53
Freundlich-Dominant	3.03	.57	2.26	.59
Freundlich	3.00	.58	2.66	.50
Freundlich-Submissiv	1.88	.40	2.81	.43
Submissiv	1.66	.51	2.61	.57
Feindlich-Submissiv	1.58	.53	2.57	.48
Feindlich	1.78	.67	1.73	.51
Feindlich-Dominant	1.81	.61	1.95	.52

Abbildung 24 und Abbildung 25 unten stellen die Ergebnisse grafisch für Patienten und Behandler im Circumplex-Modell dar:



**Abbildung 24: IMI-R für Mittelwerte der Patienten (N = 30)**



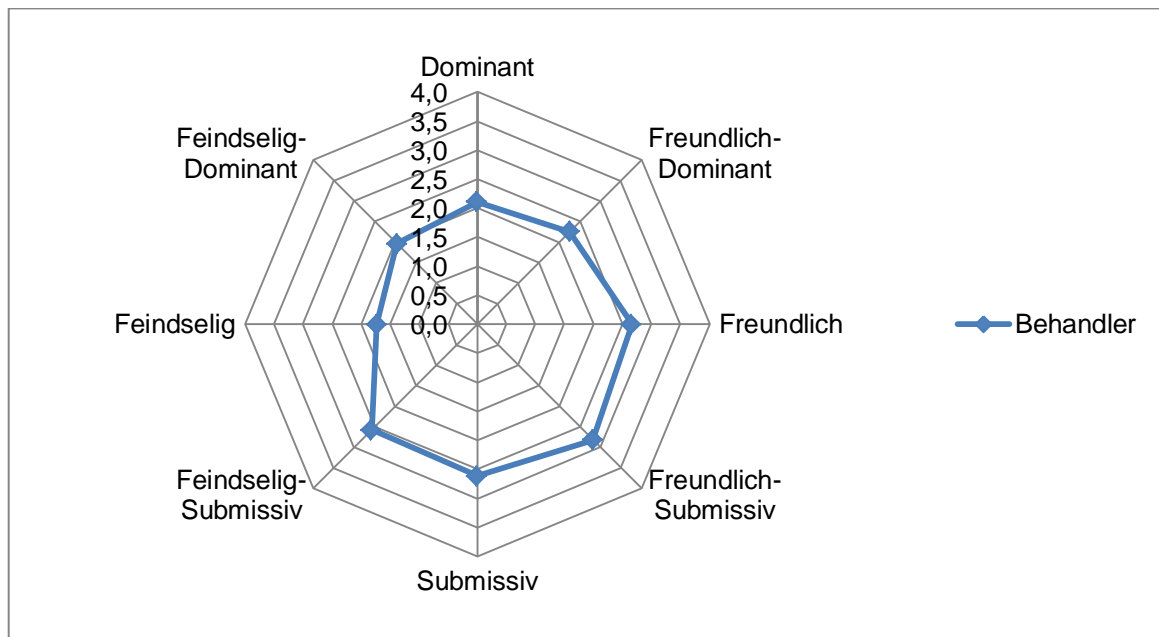


Abbildung 25: IMI-R für Mittelwerte der Behandler (N = 40)

## 8.2 Korrelationen

In dieser Sektion werden die Korrelationen zwischen dem Hauptzielparameter, dem DEQ mit seinen zwei Skalen Abhängigkeit und Selbstkritik und den für die Fragestellung definierten Variablen der Stichprobenmerkmale, der Symptomatik, der Hoffnungs- und Hilflosigkeit, der therapeutischen Beziehung und dem Verlauf dargestellt.

### 8.2.1 Stichprobenmerkmale

Die Korrelationen zu den Stichprobenmerkmalen untersuchen die Fragestellung, welchen Zusammenhang es zwischen den Dimensionen Abhängigkeit und Selbstkritik mit verschiedenen Patientenmerkmalen wie Geschlecht, Alter, Diagnose und Schweregrad gibt und ob sich Zusammenhänge zu weiteren Merkmalen zeigen.

#### Geschlecht

Im Vergleich der Mittelwerte von Abhängigkeit und Selbstkritik für das Geschlecht, zeigten Frauen zwar sowohl für Abhängigkeit (F:  $\bar{x} = 0.24$ ,  $s = 0.82$  vs. M:  $\bar{x} = -0.14$ ,  $s = 1.21$ ), als auch für Selbstkritik (F:  $\bar{x} = 0.39$ ,  $s = 0.95$  vs. M:  $\bar{x} = 0.30$ ,  $s = 0.95$ ) höhere Werte als Männer. Beim Vergleich mittels T-Test war dieser Unterschied jedoch nicht signifikant (siehe auch Tabelle 8 Seite 81).

#### Alter

Das Lebensalter korrelierte mittelhoch negativ mit Selbstkritik ( $r = -.403$ ,  $p < .01$ ). Für Abhängigkeit fand sich kein Zusammenhang.

### **Diagnose und Schweregrad**

Es fanden sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den Diagnosen (depressive Episode bzw. rezidivierende depressive Störung), dem Schweregrad (mittelgradig bzw. schwer) und den Skalen Abhängigkeit und Selbstkritik. Im Vergleich der Mittelwerte zeigte sich weder bei einer depressiven Episode oder einer rezidivierenden depressiven Störung, noch bei mittelgradig oder schwer signifikant höhere Werte für Abhängigkeit oder Selbstkritik.

### **Anzahl Episoden**

Bezüglich der Anzahl der vorangegangenen Episoden fand sich kein Zusammenhang zu Abhängigkeit oder Selbstkritik.

### **Anzahl Hospitalisationen**

Die Anzahl der Vorhospitalisationen stand in keinem signifikanten Zusammenhang mit den Werten des DEQ.

### **Stationärer Aufenthalt in Tagen**

Bei der stationären Aufenthaltsdauer konnte auch nach Bereinigung der Daten kein signifikanter Zusammenhang zu Abhängigkeit oder Selbstkritik hergestellt werden.

### **Familienanamnese**

Psychische Erkrankungen in der Familie zeigten in der Stichprobe keinen signifikanten Zusammenhang mit den Skalen des DEQ.

## **8.2.2 Depressionsdimensionen**

Die Korrelationen zu den Depressionsdimensionen untersuchen, wie stark die Skalen des DEQ (Abhängigkeit und Selbstkritik) mit den Skalen des DAS (Anerkennung und Leistung) in Zusammenhang stehen.

### **DAS**

Eine starke, hoch signifikante Korrelation fand sich sowohl zwischen *Selbstkritik* und der DAS-Skala *Leistung* ( $r = .578$ ,  $p < .001$ ) als auch zwischen *Abhängigkeit* und der DAS-Skala *Anerkennung* ( $r = .706$ ,  $p < .001$ ). Es eine mittelstarke bzw. starke signifikante Korrelation fand sich auch zwischen *Selbstkritik* und *Anerkennung* ( $r = .458$ ,  $p < .001$ ) und *Abhängigkeit* und *Leistung* ( $r = .520$ ,  $p < .001$ ).

### 8.2.3 Symptomatik

Die Korrelationen zur Symptomatik untersuchen die Fragestellung, ob stationäre Patienten in Zusammenhang mit den Dimensionen Abhängigkeit und Selbstkritik unterschiedliche Symptommuster zeigen.

#### BDI-II

Es fand sich bei Eintritt eine starke, signifikante Korrelation sowohl für Selbstkritik und BDI-II,  $r = .655$ ,  $p < .001$ , als auch für Abhängigkeit und BDI-II,  $r = .641$ ,  $p < .001$ . Selbstkritik korrelierte hochsignifikant sowohl mit dem kognitiven Faktor ( $r = .720$ ,  $p < .001$ ), als auch mit dem somatisch-affektiven Faktor ( $r = .515$ ,  $p < .001$ ); Abhängigkeit zeigte ebenfalls zum kognitiven Faktor ( $r = .534$ ,  $p < .001$ ) und somatisch-affektiven Faktor ( $r = .637$ ,  $p < .001$ ) einen starken, hochsignifikanten Zusammenhang.

Für den Messzeitpunkt T1 fand sich eine starke, hochsignifikante Korrelation von BDI-II und Selbstkritik ( $r = .609$ ,  $p > .001$ ), für Abhängigkeit und den BDI-II hingegen nur eine mittelhohe Korrelation ( $r = .390$ ,  $p > .05$ ). Selbstkritik korrelierte auch bei T1 mit beiden Sub-Faktoren des BDI-II (kognitiv:  $r = .570$ ,  $p < .001$ ; somatisch-affektiv:  $r = .603$ ,  $p < .001$ ), Abhängigkeit zeigte jedoch nur noch zum somatisch-affektiven Faktor einen signifikanten Zusammenhang ( $r = .413$ ,  $p < .05$ ).

Für den BDI-II zum Messzeitpunkt T2 findet sich ein schwach signifikanter, mittelstarker Zusammenhang mit Selbstkritik ( $r = .382$ ,  $p > .05$ ). Kontrolliert man für die Variable Aufenthaltsdauer, dann fällt die Korrelation knapp unter das signifikante Niveau, ist aber noch als Trend erkennbar ( $r = .373$ ,  $p = .055$ ). Für Abhängigkeit und BDI-II-Werten bei Austritt finden sich keine Zusammenhänge.

Weder für Selbstkritik noch für Abhängigkeit finden sich signifikante Korrelationen für die Faktoren Kognition und Somatik-Affektion, bezüglich Selbstkritik ist für beide Faktoren aber noch ein Trend zu sehen (kognitiver Faktor:  $r = .353$ ,  $p = .065$ ; Somatisch-affektiver Faktor:  $r = .364$ ,  $p = .057$ ). Dieser zeigt sich auch dann noch, wenn die Aufenthaltsdauer kontrolliert wurde.

#### HAMD-24

Es fanden sich bei Eintritt keine signifikanten Korrelationen zwischen dem HAMD-24 und Abhängigkeit bzw. Selbstkritik.

In der Verlaufsmessung nach vier Wochen ergaben sich für den HAMD-24 erneut keine signifikanten Zusammenhänge.

Auch beim Austritt zeigte sich keine signifikante Korrelation für Selbstkritik oder Abhängigkeit mit dem HAMD-24 – unabhängig davon, ob für die Variable Aufenthaltsdauer kontrolliert wurde oder nicht.

#### SCL-90R

Einen Überblick über die Korrelationen der SCL-90R Skalen mit Selbstkritik und Abhängigkeit zu allen drei Messzeitpunkten gibt Tabelle 6 auf Seite 76.

**Tabelle 6: Zusammenhänge von Abhängigkeit und Selbstkritik für T0, T1 und T2 mit den SCL-90R Skalen**

SCL-90R Skalen	Abhängigkeit			Selbstkritik		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Somatisierung	.479**	.384*	.271	.362*	.495**	.272
Zwanghaftigkeit	.646**	.520**	.344	.463**	.496**	.414*
Soziale Unsicherheit	.530**	.396*	.177	.565**	.517**	.418*
Depressivität	.567**	.389*	.113	.591**	.477**	.307
Ängstlichkeit	.447**	.392*	.234	.342*	.382*	.208
Aggressivität/Feindseligkeit	.389*	.502**	.316	.274	.462**	.293
Phobische Angst	.654**	.535**	.379	.317*	.523**	.372
Paranoides Denken	.276	.263	.040	.335*	.400*	.183
Psychotizismus	.515**	.436*	.237	.560**	.493**	.267
Global Severity Index (GSI)	.642**	.473**	.315	.528**	.515**	.334
Positiv Symptom Total (PST)	.536**	.473**	.276	.435**	.553**	.353
Positiv Symptom Distress (PSDI)	.539**	.400*	.216	.556**	.392*	.334

\*Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant. \*\*Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Für Abhängigkeit zeigten sich mittelhohe Korrelationen mit den SCL-90R Skalen Aggressivität/Feindseligkeit, Somatisierung, Ängstlichkeit und Psychotizismus. Stärkere Zusammenhänge fanden sich bei phobischer Angst, sozialer Unsicherheit, Depressivität und Zwanghaftigkeit. Die drei SCL-90R Kennwerten GSI („Global Severity Index“), PST („Positiv Symptom Total“) und PSDI („Positiv Symptom Distress“) zeigten alle starke, hoch signifikant positive Zusammenhänge mit Abhängigkeit. Für Selbstkritik fanden sich ebenfalls weitestgehend mittelhohe Korrelationen mit den einzelnen SCL-90R Skalen. Starke Zusammenhänge gab es bei sozialer Unsicherheit und Depressivität sowie Psychotizismus. Die Kennwerte GSI und PSDI zeigten – wie bei Abhängigkeit – einen starken, hochsignifikanten Zusammenhang mit Selbstkritik, für den PST fand sich eine mittelhohe Korrelation.

Nach vier Wochen stationärer Behandlung fanden sich mittelhohe, signifikante Korrelationen für Abhängigkeit mit den SCL-90R Skalen Somatisierung, Depressivität, sozialer Unsicherheit, Ängstlichkeit und Psychotizismus. Starke Zusammenhänge zeigten sich bei Zwanghaftigkeit, phobischer Angst und Aggressivität. Für die globalen Kennwerte GSI, PSDI und PST finden sich durchgehend mittelhohe Korrelationen. Für Selbstkritik zeigten sich zum Messzeitpunkt T1 mittelhohe signifikante Zusammenhänge mit den Skalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Depressivität, Ängstlichkeit, paranoides Denken, Psychotizismus und Aggressivität. Starke Zusammenhänge ergaben sich hingegen für phobische Angst und soziale Unsicherheit. Bezüglich der globalen Kennwerte zeigten erneut GSI und PSDI hohe Korrelationen, der PST eine mittelhohe Korrelation.

Für die Skalen des SCL-90R zeigt sich bei Austritt (T2) ein Zusammenhang von Abhängigkeit und phobischer Angst ( $r = .316$ ,  $p > .05$ ). Kontrolliert man für die Aufenthaltsdauer, liegt dieser knapp über

dem Signifikanzniveau ( $r = .379$ ,  $p = .051$ ). Für Selbstkritik fanden sich signifikante Korrelationen zu Zwanghaftigkeit ( $r = .408$ ,  $p > .05$ ) und sozialer Unsicherheit ( $r = .414$ ,  $p > .05$ ). Diese bleiben für Selbstkritik auch dann signifikant, wenn die Variable Aufenthaltsdauer kontrolliert wurde. Die globalen Kennwerte zeigen keinen signifikanten Zusammenhang zu den Skalen Abhängigkeit und Selbstkritik. Für Selbstkritik ist jedoch auch bei Kontrolle der Variable Aufenthaltsdauer für alle drei Kennwerte (GSI, PST, PSDI) ein positiver Trend mit mittelhohen Effektstärken zu erkennen.

#### **8.2.4 Suizidalität**

Die Korrelationen zur Suizidalität untersuchen die Fragestellung zum Zusammenhang zwischen den Dimensionen Abhängigkeit und Selbstkritik mit Suizidrisiko.

##### **Suizidgedanken**

Bezüglich Suizidgedanken zeigte sich bei Selbstkritik sowohl ein starker signifikanter Zusammenhang zu Item 9 des BDI-II ( $r = .511$ ,  $p < .001$ ) als auch eine mittelhohe Korrelation zu Item 15 des SCL-90R ( $r = .459$ ,  $p < .003$ ). Für Abhängigkeit fand sich hingegen nur eine mittlere, schwachsignifikante Korrelation für Item 15 des SCL-90R ( $r = .333$ ,  $p < .038$ ).

Bei Selbstkritik zeigte sich nach vier Wochen Behandlung erneut sowohl ein signifikanter Zusammenhang mit Item 9 des BDI-II ( $r = .477$ ,  $p < .01$ ), als auch mit Item 15 des SCL-90R ( $r = .490$ ,  $p < .004$ ). Bei Abhängigkeit fand sich wieder eine mittlere, schwachsignifikante Korrelation für Item 15 des SCL-90R ( $r = .447$ ,  $p < .004$ ).

Für Suizidalität bei Austritt ist lediglich ein Trend für Selbstkritik mit den beiden Items des BDI-II und der SCL-90R zu erkennen. Unter Kontrolle der Variable Dauer des Aufenthaltes, besteht dieser Trend nur noch zwischen Selbstkritik und Item 9 des BDI-II ( $r = .339$ ,  $p = .09$ ).

##### **Suizidversuche**

Ein Suizidversuch in der Vergangenheit stand in keinem Zusammenhang mit Abhängigkeit oder Selbstkritik. Bei den Patienten, welche einen Suizidversuch in der Anamnese aufweisen, konnte bezüglich Anzahl der vorangegangenen Suizidversuche und deren Schwere keine signifikante Korrelation gefunden werden.

#### **8.2.5 Hoffnungs- und Hilflosigkeit**

Die Korrelationen zur Hoffnungs- und Hilflosigkeit untersuchen die Fragestellung, ob es Unterschiede bei den Dimensionen Abhängigkeit und Selbstkritik hinsichtlich der erlebten Hoffnungs- und Hilflosigkeit gibt.

### IPC-Fragebogen

Eine signifikante Korrelation zeigte sich sowohl bei Abhängigkeit als auch bei Selbstkritik für die P-Skala des IPC. Für Abhängigkeit fand sich eine mittelhohe Korrelation ( $r = .473$ ,  $p < .02$ ), für Selbstkritik sogar ein starker, hochsignifikanter Zusammenhang ( $r = .581$ ,  $p < .001$ ).

Für Selbstkritik zeigte sich bei T1 erneut eine signifikante Korrelation mit der P-Skala des IPC ( $r = .418$ ,  $p < .019$ ), für Abhängigkeit ergab sich mit keiner der drei Skalen des IPC ein Zusammenhang.

Die P-Skala des IPC korreliert bei Austritt signifikant mit Selbstkritik ( $r = .386$ ,  $p < .05$ ). Nachdem die Aufenthaltsdauer kontrolliert wurde besteht diesbezüglich noch ein Trend ( $r = .356$ ,  $p = .068$ ).

### H-S-Skala

Bei der H-S-Skala zeigte sich bei Eintritt eine signifikante mittelhohe Korrelation mit Abhängigkeit ( $r = .465$ ,  $p < .003$ ), bezüglich Selbstkritik fanden sich keine signifikanten Zusammenhänge.

Hoffnungslosigkeit zeigte in der Verlaufsmessung (T1) eine signifikante mittelhohe Korrelation mit Selbstkritik ( $r = .469$ ,  $p < .008$ ), dafür aber keine mehr mit Abhängigkeit.

Kein Zusammenhang fand sich für Abhängigkeit und Selbstkritik mit der Hoffnungslosigkeitsskala zum Austrittszeitpunkt.

### 8.2.6 Therapeutische Beziehung

Die Korrelationen zur therapeutischen Beziehung untersuchen die Fragestellung zu den Dimensionen Abhängigkeit und Selbstkritik und ihrem Einfluss auf die Einschätzung der therapeutischen Beziehung. Aufgrund der Studienlage zur therapeutischen Beziehung wurde sowohl der DEQ als auch der DAS (respektive die Skalen Abhängigkeit/Anerkennung bzw. Selbstkritik/Leistung) verwendet um Zusammenhänge zur Einschätzung der therapeutischen Beziehung zu untersuchen.

### HAQ

Es konnten bei Eintritt keine signifikanten Korrelationen von Abhängigkeit oder Selbstkritik zur Selbstbeurteilung des *Helping Alliance Questionnaire* gefunden werden. Auch für die Fremdbeurteilung des HAQ konnten keine signifikanten Zusammenhänge gefunden werden.

Die Selbstbeurteilung des *Helping Alliance Questionnaire* war für T1 mittelhoch negativ mit Selbstkritik korreliert ( $r = -.416$ ,  $p < .025$ ). Für Abhängigkeit zeigte sich kein Zusammenhang zur Einschätzung der therapeutischen Beziehung. Für die Fremdbeurteilung des HAQ zeigte sich in der Verlaufsmessung ebenfalls ein mittelhoher, negativer Zusammenhang mit Selbstkritik ( $r = -.317$ ,  $p < .046$ ). Auch hier gab es wie bei der Selbstbeurteilung keine signifikante Korrelation mit Abhängigkeit.

Für die Einschätzung der therapeutischen Beziehung durch den Behandler fand sich für T2 ein negativer Trend bezüglich Selbstkritik und HAQ. Dieser zeigte sich jedoch nicht mehr, nachdem für die Aufenthaltsdauer kontrolliert wurde. Kein Zusammenhang fand sich zur Patienteneinschätzung.

Der Gesamtwert des DAS, sowie die beiden Skalen Leistung und Anerkennung korrelierten signifikant negativ mit der Selbsteinschätzung des HAQ für T0 und T1. Für T2 war dieser Zusammenhang nicht mehr signifikant. Zu keinem der drei Messzeitpunkte fand sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen den DAS Skalen und der HAQ Fremdeinschätzung. Einen Überblick über die Korrelation der DAS-Skalen mit dem HAQ zu den drei Messzeitpunkten gibt Tabelle 7.

Tabelle 7: Zusammenhänge zwischen HAQ-S für T0, T1 und T2 mit den DAS-Skalen

		DAS-Leistung	DAS-Anerkennung	DAS-Gesamt
HAQ-S bei Eintritt	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-.364 .021 40	-.358 .023 40	-.353 .026 40
HAQ-S nach 4 Wochen/Austritt	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-.506 .005 29	-.382 .041 29	-.510 .005 29
HAQ-S bei Austritt	Korrelation Signifikanz (2-seitig) N	-.263 .194 26	-.269 .185 26	-.164 .424 26

## IMI-R

Für die Einschätzung der therapeutischen Beziehung mittels *Impact Message Inventory* durch die Patienten ergab sich nur für eine Unterskala ein signifikanter Zusammenhang: Selbstkritik korrelierte mittelhoch mit *Feindlich* ( $r = .382$ ,  $p < .037$ ). Für Abhängigkeit fand sich kein Zusammenhang.

Für die Unterskalen des IMI-R zeigte sich auf der Seite der Therapeuten jeweils eine signifikante Korrelation mit Abhängigkeit und Selbstkritik. Abhängigkeit korrelierte mittelhoch negativ mit *Feindlichkeit* ( $r = -.377$ ,  $p < .017$ ), Selbstkritik zeigte einen signifikanten Zusammenhang mit *feindlich-submissiv* ( $r = .341$ ,  $p < .032$ ). Eine Tendenz zeigte sich ausserdem bei der Skala submissiv ( $r = .300$ ,  $p < .06$ ). Für die anderen Skalen fand sich keine Korrelation.

Bei der Patienteneinschätzung des IMI-R fand sich für den DAS-Gesamtwert ein mittlerer negativer Zusammenhang zu *freundlich* ( $r = -.401$ ,  $p < .05$ ), ein mittlerer zu *feindlich* ( $r = .445$ ,  $p < .05$ ) und ein hochsignifikanter, starker Zusammenhang zu *feindlich-submissiv* ( $r = .545$ ,  $p < .01$ ). DAS-Leistung korreliert mittelstark mit *feindlich* ( $r = .494$ ,  $p < .01$ ), *feindlich-dominant* ( $r = .412$ ,  $p < .05$ ) und hochsignifikant und stark mit *feindlich-submissiv* ( $r = .599$ ,  $p < .001$ ). DAS-Anerkennung zeigt einen Zusammenhang zu *feindlich-submissiv* ( $r = .391$ ,  $p < .05$ ).

Die Behandlereneinschätzung des IMI-R korrelierte für *feindlich-submissiv* signifikant mit dem DAS-Gesamtwert ( $r = .365$ ,  $p < .05$ ) und der DAS-Leistung mit *feindlich-submissiv* ( $r = .347$ ,  $p < .05$ ). Für den DAS-Anerkennung fand sich kein Zusammenhang.

## 8.2.7 Verlauf

Die Korrelationen zum Verlauf untersuchen die Fragestellung zu Verlaufsunterschieden, d.h. ob sich im Ergebnis der stationären Behandlung in Bezug auf die Dimensionen Abhängigkeit und Selbstkritik Symptomverbesserung feststellen lassen.

## BDI-II

Es fand sich für die symptomatische Verbesserung gemessen mittels BDI-II eine signifikante, mittelstarke Korrelation für Abhängigkeit und die symptomatische Verbesserung ( $r = .444$ ,  $p < .05$ ), welche auch erhalten blieb, nachdem für die Aufenthaltsdauer kontrolliert wurde. Für Selbstkritik fand sich hingegen kein Zusammenhang mit dem Verlauf des BDI-II.

Für den kognitiven und somatisch-affektiven Faktor des BDI-II fand sich bei Kontrolle der Aufenthaltsdauer ein signifikanter Zusammenhang zwischen Abhängigkeit und dem somatisch-affektiven Faktor ( $r = .447$ ,  $p < .05$ ), für Selbstkritik und den kognitiven Faktor zeichnete sich dabei ein positiver Trend ( $r = .350$ ,  $p = .073$ ) ab.

Weder für den DAS-Gesamtwert noch für die DAS-Skalen Leistung und Anerkennung fanden sich Zusammenhänge mit dem Verlauf des BDI-II oder seiner beiden Subfaktoren.

## SCL-90R

Keine Zusammenhänge fanden sich zwischen den drei globalen Kennwerten des SCL-90R und Abhängigkeit und Selbstkritik. Auch für den DAS fanden sich hier keine signifikanten Korrelationen.

## 8.3 Varianzanalysen

Mittels Varianzanalysen werden die Daten hinsichtlich der drei Gruppen (1) *Abhängigkeit und Selbstkritik hoch* (AuS\_H) (2) *Abhängigkeit oder Selbstkritik hoch* (AoS\_H) und (3) *Abhängigkeit und Selbstkritik niedrig* (AuS\_N) untersucht (für das methodische Vorgehen bei der Gruppenbildung siehe Abschnitt 7.5.3). Es wird geprüft, ob sich die Gruppen in Bezug auf das Geschlecht, die Symptomatik, die Hoffnungs- und Hilflosigkeit, die therapeutischer Beziehung (Eintrittsmessung T0), im interpersonellen Verhalten (T1 nach 4 Wochen) und im Verlauf (Veränderung von T0 zu T2) unterscheiden.

### 8.3.1 Stichprobenmerkmal

Die Varianzanalyse zu dem Stichprobenmerkmal Geschlecht untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen diesem und den Gruppen (1) *Abhängigkeit und Selbstkritik hoch* (AuS\_H) (2) *Abhängigkeit oder Selbstkritik hoch* (AoS\_H) und (3) *Abhängigkeit und Selbstkritik niedrig* (AuS\_N) gibt.

## Geschlecht

Bei den Mittelwerten nach Gruppen sind die Unterschiede von Abhängigkeit und Selbstkritik zwischen Männern und Frauen wie in der Gesamtstichprobe nicht signifikant, lediglich in der Gruppe *Abhängigkeit oder Selbstkritik hoch* zeichnet sich bei Abhängigkeit ein Trend dahingehend ab, dass Frauen höhere Werte haben als Männer ( $t(10) = 1.776$ ,  $p < .106$ ). Eine Übersicht über die Mittelwerte, Standardabweichungen und Stichprobengröße für Gesamtstichprobe und Untergruppen gibt Tabelle 8 auf Seite 81.



Tabelle 8: Mittlere Werte der DEQ Faktoren für die verschiedenen Stichprobengruppen

DEQ Skala	Stichprobengruppe		Männer	Frauen	Gesamt
<b>Abhängigkeit</b>	Gesamtstichprobe	$\bar{x}$ s N	-0.14 1.21 10	0.24 0.82 30	0.14 0.93 40
	Abhängigkeit und Selbstkritik hoch	$\bar{x}$ s N	0.97 0.60 4	0.85 0.46 10	0.88 0.48 14
	Abhängigkeit oder Selbstkritik hoch	$\bar{x}$ s N	-0.68 0.91 2	0.38 0.75 10	0.20 0.84 12
	Abhängigkeit und Selbstkritik niedrig	$\bar{x}$ s N	-0.99 0.99 4	-0.52 0.57 10	-0.65 0.71 14
<b>Selbstkritik</b>	Gesamtstichprobe	$\bar{x}$ s N	0.30 0.95 10	0.39 0.95 30	0.37 0.93 40
	Abhängigkeit und Selbstkritik hoch	$\bar{x}$ s N	1.02 0.55 4	1.13 0.51 10	1.10 0.51 14
	Abhängigkeit oder Selbstkritik hoch	$\bar{x}$ s N	0.51 0.06 2	0.44 0.91 10	0.45 0.82 12
	Abhängigkeit und Selbstkritik niedrig	$\bar{x}$ s N	-0.52 0.87 4	-0.41 0.69 10	-0.44 0.72 14

### 8.3.2 Depressionsdimensionen

Die Varianzanalyse zu den Depressionsdimensionen Selbstkritik und Abhängigkeit untersucht, wie stark diese in den Gruppen (1) *Abhängigkeit und Selbstkritik hoch* (AuS\_H), (2) *Abhängigkeit oder Selbstkritik hoch* (AoS\_H) und (3) *Abhängigkeit und Selbstkritik niedrig* (AuS\_N) ausgeprägt sind und ob die Gruppen sich diesbezüglich signifikant unterscheiden.

#### DEQ

Für die Gruppe *Abhängigkeit oder Selbstkritik hoch* (AoS\_H) lag der Mittelwert für Abhängigkeit bei  $\bar{x} = 0.204$ ,  $s = 0.842$ , für Selbstkritik lag der Mittelwert bei  $\bar{x} = 0.454$ ,  $s = 0.821$ . In der Gruppe *Abhängigkeit und Selbstkritik hoch* (AuS\_H) hatte Abhängigkeit einen Mittelwert von  $\bar{x} = 0.884$ ,  $s = 0.483$  und Selbstkritik lag bei  $\bar{x} = 1.10$ ,  $s = 0.506$ . Die Gruppe *Abhängigkeit und Selbstkritik niedrig* (AuS\_N) hatte für Abhängigkeit einen Mittelwert von  $\bar{x} = -0.657$ ,  $s = 0.708$  und Selbstkritik von  $\bar{x} = -0.437$ ,  $s = 0.716$ . Die Gruppen unterschieden sich dabei sowohl für Abhängigkeit ( $F(2,37) = 17.803$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.490$ ) als auch für Selbstkritik ( $F(2,37) = 17.711$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.489$ ) signifikant voneinander.

Der Post Hoc Test nach Tukey-HSD zeigte, dass die Unterschiede für Abhängigkeit in allen drei Gruppen signifikant sind (zwischen AuS\_H und AoS\_H:  $p < .05$ , AoS\_H und AuS\_N:  $p < .01$ , AuS\_H

und AuS\_N:  $p < .001$ ). Für Selbstkritik ist der Unterschied zwischen AuS\_N und den beiden anderen Gruppen signifikant (AoS\_H:  $p < 0.01$ , AuS\_H:  $p < 0.001$ ), zwischen AoS\_H und AuS\_H ist das Signifikanzniveau knapp nicht gegeben ( $p = .56$ )<sup>9</sup>.

### 8.3.3 Symptomatik

Die Varianzanalysen zur Symptomatik untersuchen, ob die Gruppen (1) *Abhängigkeit und Selbstkritik hoch* (AuS\_H), (2) *Abhängigkeit oder Selbstkritik hoch* (AoS\_H) und (3) *Abhängigkeit und Selbstkritik niedrig* (AuS\_N) ein unterschiedliches, distinktes Symptommuster zeigen, welches sich von den jeweils anderen Gruppen unterscheidet.

#### BDI-II

Eine Univariate Varianzanalyse mit den Gruppenfaktoren *Abhängigkeit und Selbstkritik hoch* (AuS\_H), *Abhängigkeit oder Selbstkritik hoch* (AoS\_H) und *Abhängigkeit und Selbstkritik niedrig* (AuS\_N) ergab beim BDI-II für T0 einen signifikanten Unterschied der Mittelwerte für die drei Gruppen  $F(2,37) = 22.717$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.551$ . Die Gruppenmittelwerte entsprachen dabei einer mittleren Depression in der Gruppe AuS\_N ( $\bar{x} = 23.36$ ) sowie einer schweren Depression in den Gruppen AoS\_H ( $\bar{x} = 35.17$ ) und AuS\_H ( $\bar{x} = 44.64$ ). Abbildung 26 zeigt die Gruppenunterschiede für T0.

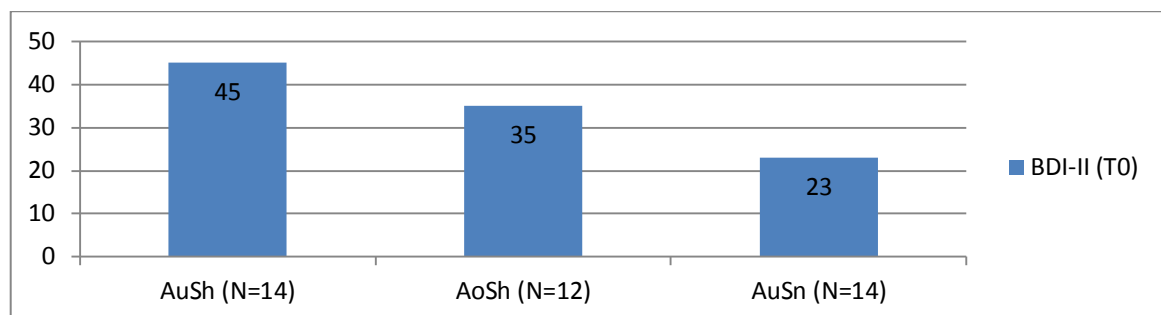


Abbildung 26 Gruppenmittelwerte des BDI-II für T0

Ein Post Hoc Test nach Tukey-HSD<sup>10</sup> zeigte, dass die Unterschiede der BDI-II Mittelwerte zwischen alle drei Gruppen signifikant sind. Einen Überblick der Ergebnisse des Tukey-HSD gibt Tabelle 9.

Tabelle 9: Multiple Comparison, Abhängige Variable: BDI-II bei Eintritt, Turkey-HSD

DEQ Gruppen		Mittlere Differenz	Standardfehler	Sig.	95%-Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
Abhängigkeit oder Selbstkritik hoch	Abhängigkeit und Selbstkritik hoch	-9,48*	3,293	,018	-17,52	-1,44
	Abhängigkeit und Selbstkritik niedrig	11,81*	3,293	,003	3,77	19,85

<sup>9</sup> Kontrolle des Typ I Fehlers nach Bonferoni zeigte keine Veränderung an der Signifikanz

<sup>10</sup>Um den Typ I Fehler zu kontrollieren wurde zusätzlich ein Post Hoc Test nach Bonferoni durchgeführt, hierfür ergaben sich jedoch keine nennenswerten Unterschiede zu Tukey-HSD.

Abhängigkeit und Selbstkritik hoch	Abhängigkeit oder Selbstkritik hoch	9,48*	3,293	,018	1,44	17,52
	Abhängigkeit und Selbstkritik niedrig	21,29*	3,164	,000	13,56	29,01
Abhängigkeit und Selbstkritik niedrig	Abhängigkeit oder Selbstkritik hoch	-11,81*	3,293	,003	-19,85	-3,77
	Abhängigkeit und Selbstkritik hoch	-21,29*	3,164	,000	-29,01	-13,56

Grundlage: beobachtete Mittelwerte. Der Fehlerterm ist Mittel der Quadrate(Fehler) = 70,057

\*. Die mittlere Differenz ist auf dem ,05-Niveau signifikant.

Zwischen den Gruppen zeigten sich jeweils auch signifikante Unterschiede bezüglich der beiden Subfaktoren des BDI-II (kognitiver Faktor:  $F(2,37) = 16.440$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.471$ ; somatisch-affektiver Faktor:  $F(2,37) = 16.734$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.475$ ). Abbildung 27 stellt die Unterschiede zwischen den Gruppen mit Mittelwerten und Standardabweichungen in Klammern dar.

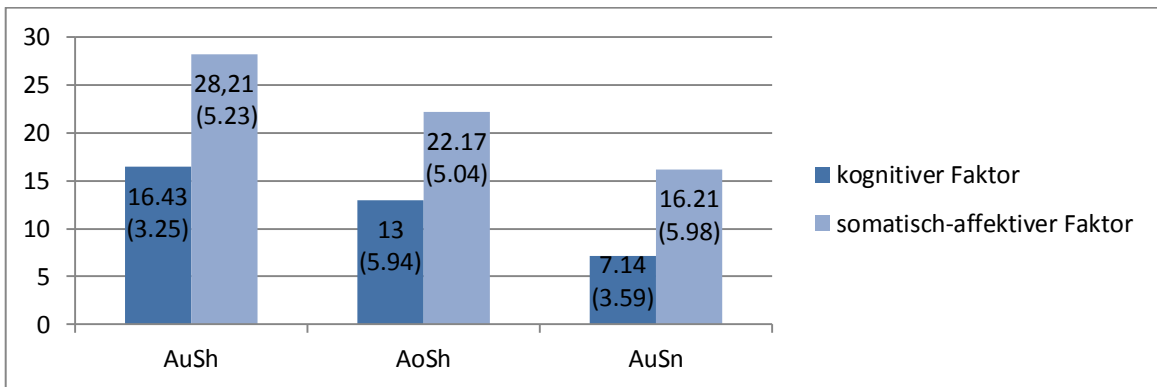


Abbildung 27: Gruppenunterschiede bezüglich BDI-II Subfaktoren

Der Post-Hoc Test (Tukey-HSD)<sup>11</sup> zeigte, dass sich die Mittelwerte der Gruppen für den kognitiven Faktor zwischen AuS\_N und den beiden anderen Gruppen signifikant unterscheiden, zwischen den Gruppen AuS\_H und AoS\_H jedoch kein signifikanter Unterschied vorliegt. Für den somatisch-affektiven Faktor unterscheiden sich hingegen alle drei Gruppen signifikant. Tabelle 10 auf Seite 84 zeigt die einzelnen Gruppenergebnisse.

<sup>11</sup> Kontrolle des Typ I Fehlers nach Bonferoni zeigte keine Veränderung im Signifikanzniveau.

Tabelle 10: DEQ Gruppenergebnisse für die BDI-II Subfaktoren

BDI-II Faktoren	DEQ Gruppen		Mittlere Differenz	Standardfehler	Sig.	95%-Konfidenzintervall	
						Untergrenze	Obergrenze
<b>Kognitiver Faktor</b>	Abhängigkeit oder Selbstkritik hoch	Abhängigkeit und Selbstkritik hoch	-3,43	1,703	,123	-7,59	,73
		Abhängigkeit und Selbstkritik niedrig	5,86**	1,703	,004	1,70	10,01
	Abhängigkeit und Selbstkritik hoch	Abhängigkeit oder Selbstkritik hoch	3,43	1,703	,123	-,73	7,59
		Abhängigkeit und Selbstkritik niedrig	9,29**	1,636	,000	5,29	13,28
	Abhängigkeit und Selbstkritik niedrig	Abhängigkeit oder Selbstkritik hoch	-5,86**	1,703	,004	-10,01	-1,70
		Abhängigkeit und Selbstkritik hoch	-9,29**	1,636	,000	-13,28	-5,29
<b>Somatisch- affektiver Faktor</b>	Abhängigkeit oder Selbstkritik hoch	Abhängigkeit und Selbstkritik hoch	-6,05*	2,159	,021	-11,32	-,78
		Abhängigkeit und Selbstkritik niedrig	5,95*	2,159	,024	,68	11,22
	Abhängigkeit und Selbstkritik hoch	Abhängigkeit oder Selbstkritik hoch	6,05*	2,159	,021	,78	11,32
		Abhängigkeit und Selbstkritik niedrig	12,00**	2,074	,000	6,94	17,06
	Abhängigkeit und Selbstkritik niedrig	Abhängigkeit oder Selbstkritik hoch	-5,95*	2,159	,024	-11,22	-,68
		Abhängigkeit und Selbstkritik hoch	-12,00**	2,074	,000	-17,06	-6,94

Grundlage: beobachtete Mittelwerte.

Somatisch-affektiver Faktor: Der Fehlerterm ist Mittel der Quadrate(Fehler) = 30,118;

Kognitiver Faktor: Der Fehlerterm ist Mittel der Quadrate(Fehler) = 18,734

\*Die mittlere Differenz ist auf dem ,05-Niveau signifikant. \*\*Die mittlere Differenz ist auf dem ,01-Niveau signifikant.

## SCL-90R

Für die Gruppenfaktoren ergab sich in Bezug auf die drei globalen Kennwerte des SCL-90R Folgendes: Die Gruppen unterschieden sich signifikant bezüglich des GSI  $F(2,37) = 13.858$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .428$ , des PST  $F(2,37) = 8.258$ ,  $p < .01$ ,  $\eta^2 = .309$  und des PSDI  $F(2,37) = 7.788$ ,  $p < .01$ ,  $\eta^2 = .296$ .

Die Gruppe AuS\_N zeigt leicht erhöhte Werte für alle drei Kennwerte ( $GSI_{\bar{x}} = 63.71$ ,  $PST_{\bar{x}} = 61.5$ ,  $PSDI_{\bar{x}} = 61.57$ ) die Gruppe AoS\_H deutlich erhöhte Werte für den PST ( $\bar{x} = 67.75$ ) und den PSDI ( $\bar{x} = 67.25$ ) sowie stark erhöhte Werte für den GSI ( $\bar{x} = 71.00$ ). Die Gruppe AuS\_H hat stark erhöhte Werte für den PST ( $\bar{x} = 70.86$ ) und PSDI ( $\bar{x} = 71.29$ ) und einen sehr stark erhöhten Wert für den GSI ( $\bar{x} = 76.43$ ). In Abbildung 28 auf Seite 85 werden die Gruppenunterschiede bezüglich der drei globalen Kennwerte dargestellt.

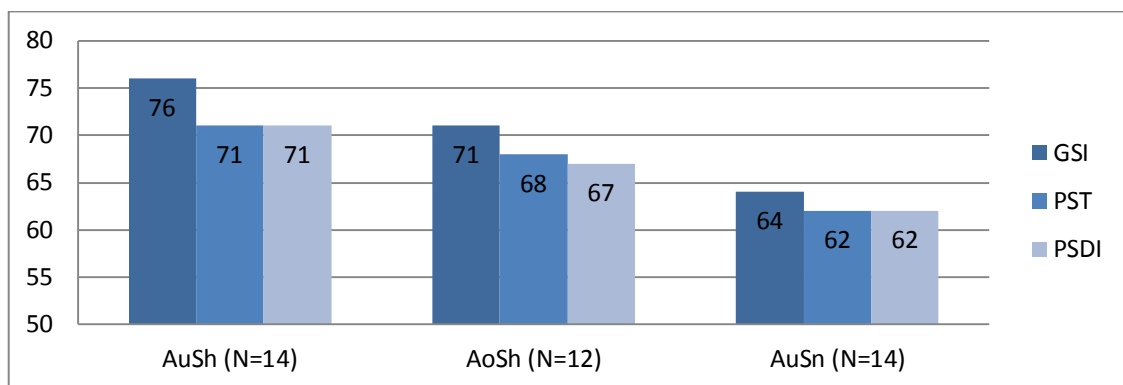


Abbildung 28: Mittlere T-Werte der Gruppen der Kennwerte GSI, PST und PSD

Im Post Hoc Test nach Tukey-HSD zeigt sich bezüglich des GSI ein signifikanter Unterschied zwischen AuS\_N und AuS\_H ( $p < .001$ ), bzw. AuS\_N und AoS\_H ( $p < .05$ ). AuS\_H und AoS\_H erreichen keinen signifikanten Unterschied, zeigen aber einen dahingehenden Trend auf ( $p = .093$ ; Bonferoni  $p = .114$ ).

Der PST unterscheidet sich ebenfalls signifikant zwischen den Gruppen AuS\_N und AuS\_H ( $p < .001$ ), bzw. AuS\_N und AoS\_H ( $p < .05$ ). Keinen signifikanten Unterschied gibt es zwischen AuS\_H und AoS\_H.

Für den PSDI findet sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen AuS\_N und AuS\_H ( $p < .001$ ). Zwischen AuS\_N und AoS\_H zeichnet sich ein Trend ab ( $p = .083$ ; Bonferoni  $p = .101$ ), die Gruppen AuS\_H und AoS\_H zeigen keinen signifikanten Unterschied.

### 8.3.4 Suizidalität

Die Varianzanalyse zur Suizidalität untersucht, ob die Gruppen (1) *Abhängigkeit und Selbstkritik hoch* (AuS\_H), (2) *Abhängigkeit oder Selbstkritik hoch* (AoS\_H) und (3) *Abhängigkeit und Selbstkritik niedrig* (AuS\_N) sich hinsichtlich der Ausprägung der Suizidgedanken unterscheiden.

#### Suizidgedanken

Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ergab sich für Suizidalität anhand von Item 9 des BDI-II oder Item 15 des SCL-90R. Lediglich ein Trend zeichnete sich ab, zwischen den Gruppen AuS\_H und AuS\_N für das Suizidalität-Item des SCL-90R ( $p = .1$ ).

### 8.3.5 Hoffnungs- und Hilflosigkeit

Die Varianzanalysen zur Hoffnungs- und Hilflosigkeit untersuchen, ob die Gruppen (1) *Abhängigkeit und Selbstkritik hoch* (AuS\_H), (2) *Abhängigkeit oder Selbstkritik hoch* (AoS\_H) und (3) *Abhängigkeit und Selbstkritik niedrig* (AuS\_N) sich hinsichtlich der Ausprägung dieser beiden unterscheiden.

### IPC-Skala

Schwache Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ergaben sich für die I-Skala ( $F(2,36) = 4.420$ ,  $p < .05$ ,  $\eta^2 = .197$ ) und die P-Skala ( $F(2,36) = 6.140$ ,  $p < .01$ ,  $\eta^2 = .254$ ).

Die Gruppe AuS\_H wies gemessen an den mittleren Stanine-Werten eine unterdurchschnittliche Internalität und eine überdurchschnittliche Externalität auf, die Gruppen AoS\_H und AuS\_N jeweils eine durchschnittliche Internalität und Externalität.

Die Post Hoc Analyse zeigte, dass sich bei der I-Skala die Gruppen AuS\_H und AoS\_H signifikant unterschieden ( $p < .05$ ), bei der P-Skala hingegen die Gruppen AuS\_H und AuS\_N ( $p < .01$ ). Alle anderen Gruppen zeigten auf den jeweiligen Skalen keinen signifikanten Unterschied. Dies verdeutlicht Abbildung 29.

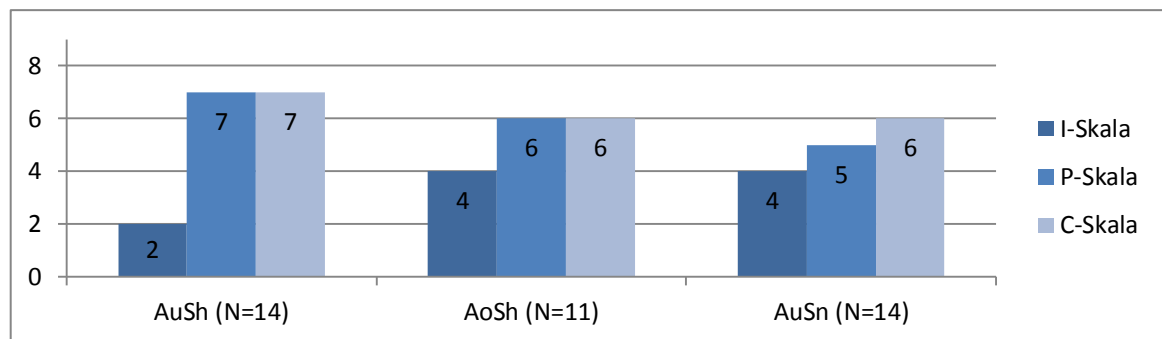


Abbildung 29: Mittlere Gruppen Stanine-Werte der IPC-Skala

### H-Skala

Für die H-Skala zeigte sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ( $F(2,37) = 3.842$ ,  $p < .05$ ,  $\eta^2 = .172$ ). Dabei unterschieden sich die Gruppen AuS\_H und AuS\_N ( $p < .05$ ) als einzige signifikant.

#### 8.3.6 Therapeutische Beziehung

Die Varianzanalysen zur therapeutischen Beziehung untersuchen, ob die Gruppen (1) *Abhängigkeit und Selbstkritik hoch* (AuS\_H), (2) *Abhängigkeit oder Selbstkritik hoch* (AoS\_H) und (3) *Abhängigkeit und Selbstkritik niedrig* (AuS\_N) sich darin unterscheiden, wie hilfreich die Beziehung zum Therapeuten eingeschätzt wird und dieser insgesamt wahrgenommen wird.

### HAQ

Beim HAQ-S wurde die therapeutische Beziehung im Mittel von der Gruppe AoS\_H am hilfreichsten eingeschätzt ( $\bar{x} = 15.56$ ), der Mittelwert der Gruppe AuS\_N lag bei  $\bar{x} = 12.64$  und am wenigsten hilfreich wurde die therapeutische Beziehung von der Gruppe AuS\_H bewertet ( $\bar{x} = 8.17$ ). Beim HAQ-F waren die Gruppenmittelwerte für AoS\_H:  $\bar{x} = 17.17$ , AuS\_H:  $\bar{x} = 16.50$  und AuS\_N:  $\bar{x} = 12.57$ .

Die Gruppenunterschiede waren jedoch weder für die Patienteneinschätzung (HAQ-S) noch für die Behandlereinschätzung (HAQ-F) signifikant.

### IMI-R

Für die Gruppen konnten keine signifikanten Unterschiede bei der Patienteneinschätzung bezüglich der IMI-R Skalen gefunden werden. Für die Therapeuteneinschätzung zeigten sich für die Skalen *Submissiv* ( $F(2,37) = 4.114$ ,  $p < .05$ ,  $\eta^2 = .182$ ) und *Feindlich* ( $F(2,37) = 3.858$ ,  $p < .05$ ,  $\eta^2 = .173$ ) signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Post Hoc Analyse ergab für *Submissiv* einen signifikanten Unterschied zwischen AuS\_H und AoS\_H ( $p < .05$ ), für *Feindlich* einen signifikanten Unterschied zwischen AoS\_H und AuS\_N ( $p < .05$ ). Für alle anderen Gruppen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Abbildung 30 unten und Abbildung 31 und Abbildung 32 auf Seite 88 stellen die Ergebnisse grafisch für Patienten und Behandler im Circumplex-Modell dar.

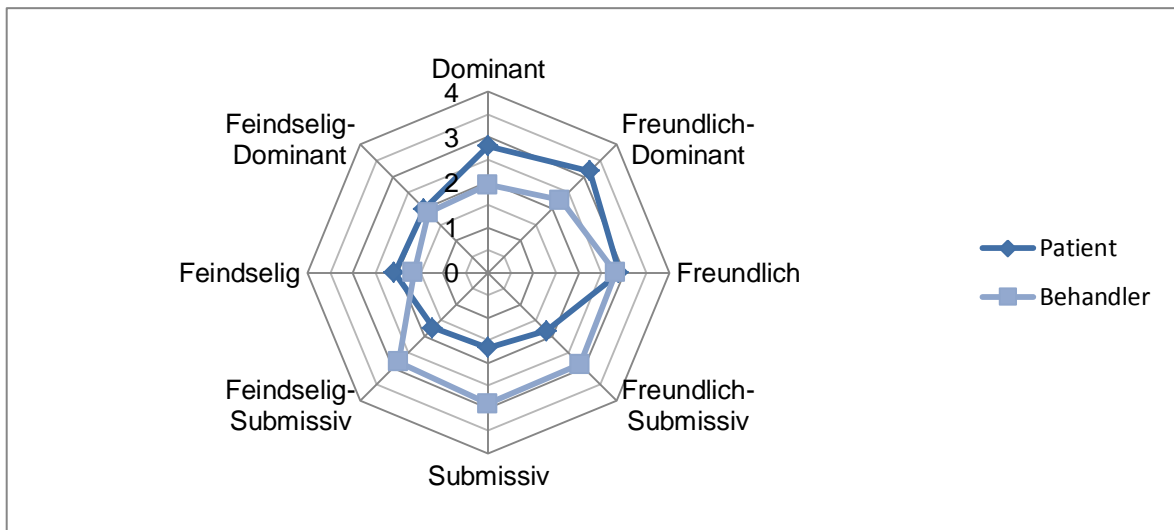


Abbildung 30: Mittlere Werte der Gruppe AuS\_H für Patienten (N = 7) und Behandler (N = 14)

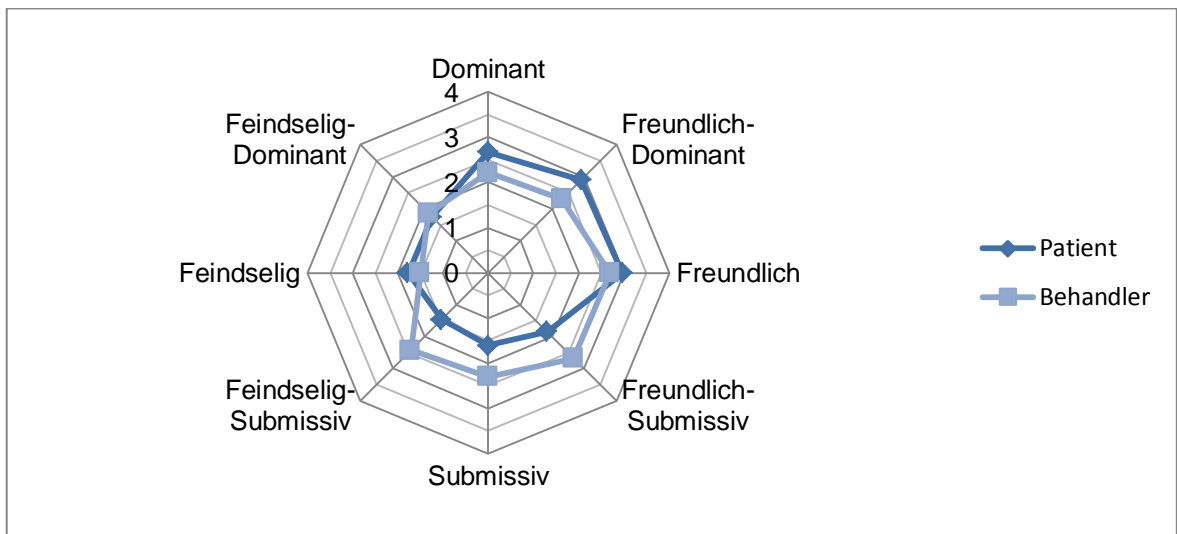


Abbildung 31: Mittlere Werte der Gruppe AoS\_H für Patienten (N = 10) und Behandler (N = 12)

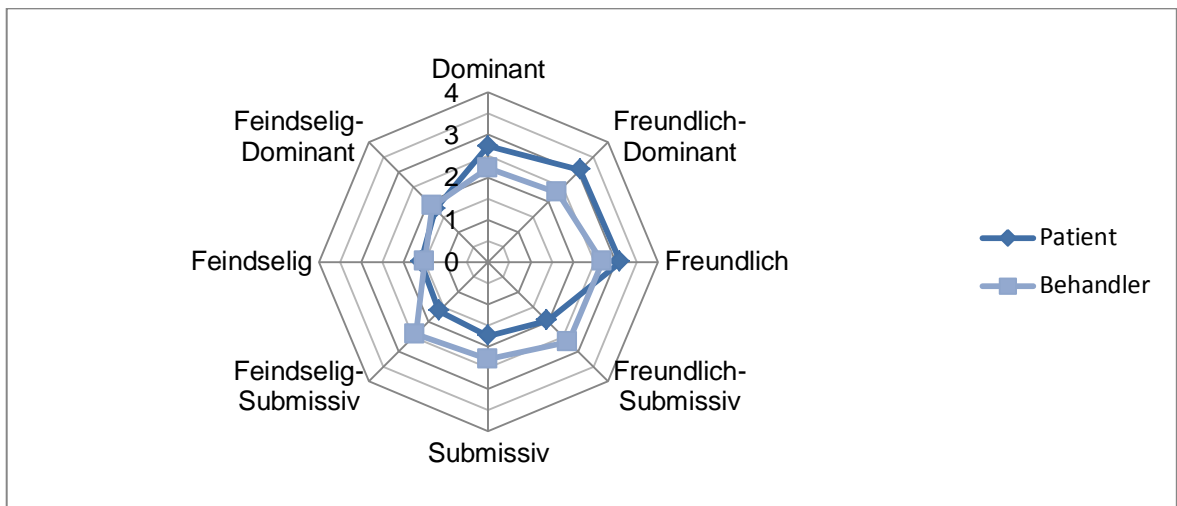


Abbildung 32: Mittlere Werte der Gruppe AuS\_N für Patienten (N = 13) und Behandler (N = 14)

### 8.3.7 Verlauf

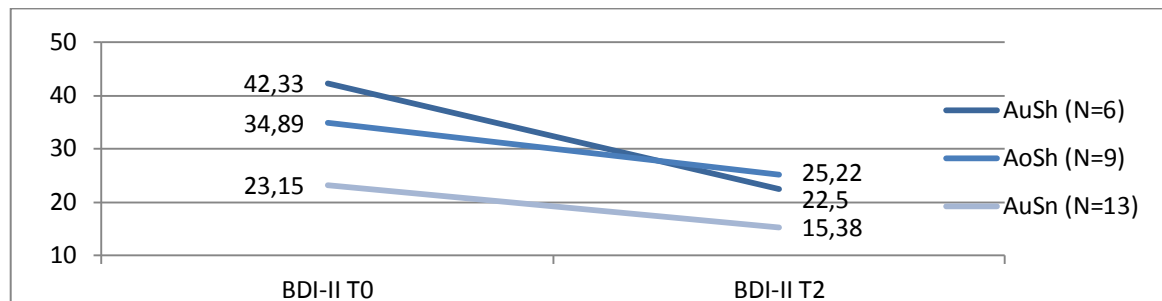
Die Varianzanalysen zum Verlauf untersuchen, ob die Gruppen (1) *Abhängigkeit und Selbstkritik hoch* (AuS\_H), (2) *Abhängigkeit oder Selbstkritik hoch* (AoS\_H) und (3) *Abhängigkeit und Selbstkritik niedrig* (AuS\_N) sich hinsichtlich ihres symptomatischen Verlaufes, d.h. in der Verbesserung der Symptomatik unterscheiden.

### BDI-II

Mittels Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigt sich, dass sich die Gruppen hinsichtlich der Veränderung des BDI-II von Eintritt (T0) zu Austritt (T2) signifikant unterscheiden  $F(2,25) = 5.216$ ,  $p < .05$ ,  $\eta^2 = .294$ . Dies veränderte sich nur unwesentlich, nachdem die Kovariate „Aufenthaltsdauer“ kontrolliert wurde, weshalb diese hier vernachlässigt wird. Eine Post Hoc Analyse nach Hochberg



ergab, dass sich die Gruppe AuS\_N signifikant von AuS\_H ( $p < .05$ ) und AoS\_H ( $p < .05$ ) unterscheidet. Kein signifikanter Unterschied ergab sich für die Gruppen AuS\_H und AoS\_H. Den Verlauf des BDI-IIs für die drei Gruppen präsentiert Abbildung 33.

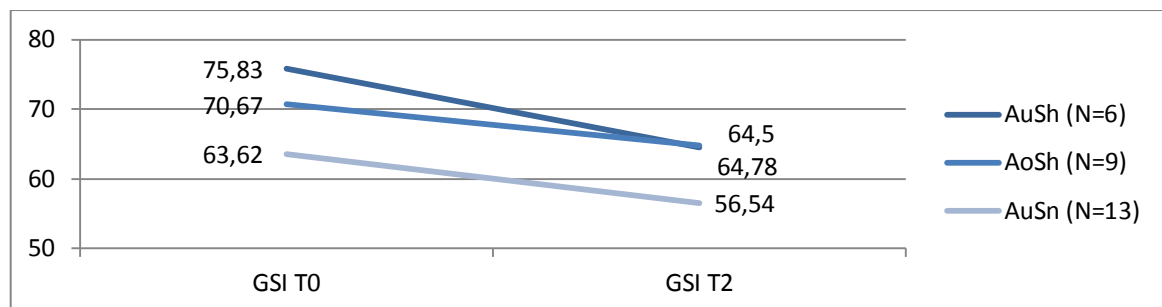


**Abbildung 33:** Veränderung des BDI-II von T0 zu T2 bezüglich Gruppen

### SCL-90R

Bezüglich der drei globalen Kennwerte des SCL-90R zeigt sich in der Varianzanalyse des Verlaufes ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des GSI  $F(2,25) = 4.249$ ,  $p < .05$ ,  $\eta^2 = .254$ . Kein Unterschied im Verlauf zeigte sich beim PST oder dem PSDI.

Die Post Hoc Analyse für den GSI ergab, dass sich die Gruppen AuS\_H und AuS\_N signifikant voneinander unterscheiden ( $p < .5$ ), sich aber kein signifikanter Unterschied zwischen AuS\_H und AoS\_H und AoS\_H und AuS\_N fand. Abbildung 34 zeigt die Veränderung des GSI von T0 zu T2 für die drei Gruppen.



**Abbildung 34:** Veränderung des GSI von T0 zu T2 bezüglich Gruppen

### Suizidalität

Die Gruppen zeigten keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Veränderung der Suizidalität gemessen am BDI-II Item 9 und SCL-90R Item 15.

## 9 Diskussion

Die oben dargestellten Ergebnissen werden im Folgenden hinsichtlich der klinischen Fragestellungen und Hypothesen interpretiert und diskutiert sowie mit vorhandenen Forschungsbefunden verglichen und zu diesen in Relation gesetzt. Dem folgend werden die Limitationen der Studie genannt und in ihrer Bedeutung diskutiert. Anschliessend wird das Konzept einer typologischen Unterteilung dem Konzept einer dimensionalen Unterteilung der Depression gegenübergestellt und hinsichtlich klinischer Anwendbarkeit und Nutzen diskutiert. Abschliessend werden die Ergebnisse der Studie und Blatts Depressionstheorie in Bezug auf die Bedeutung für das stationäre Setting bewertend zusammengefasst.

### 9.1 Interpretation der Ergebnissen

Im Folgenden werden die aufgestellten Hypothesen erneut genannt und hinsichtlich der gefundenen Ergebnisse diskutiert:

**Abhängigkeit und Selbstkritik sind in der klinischen Stichprobe stärker ausgeprägt, d. h. zeigen höhere Mittelwerte als in vergleichbaren Studien mit nicht klinischen Stichproben.**

Bezüglich der Frage, wie stark Selbstkritik und Abhängigkeit in der hier untersuchten klinischen Stichprobe ausgeprägt sind, fällt zunächst einmal auf, dass die Gesamtmittelwerte zwar der Hypothese entsprechend über den Mittelwerten für nicht klinische Stichproben lagen, aber deutlich unter den berichteten Mittelwerten anderer klinischer Studien (Beutel et al., 2004; Luyten et al., 2007). Dies verändert sich, wenn statt des Gesamtmittelwertes die Mittelwerte der gebildeten Gruppen betrachtet werden. Für die Gruppe *Abhängigkeit und Selbstkritik hoch* sind die Werte für Abhängigkeit und Selbstkritik praktisch identisch mit den Mittelwerten in der Patientengruppe von Luyten und Kollegen (2007). Die Mittelwerte der Gruppe *Abhängigkeit und Selbstkritik niedrig* liegen hingegen dicht bei den mittleren Werten der nicht klinischen Stichprobe, der eben genannten Studie. Bei der Gruppe *Abhängigkeit oder Selbstkritik hoch* liegen die Mittelwerte für Abhängigkeit und Selbstkritik ziemlich genau zwischen den Werten der klinischen und nicht klinischen Stichprobe von Luyten und Kollegen. Diese Ergebnisse deuten an, dass die klinische Stichprobe eine grössere Heterogenität aufweist als die Stichproben von Luyten et al. (2007) und Beutel et al. (2004). Sie besteht aus zwei Untergruppen, für die sich ähnliche Werte wie bei Luyten et al. (2007) finden lassen (*Abhängigkeit und Selbstkritik hoch bzw. Abhängigkeit oder Selbstkritik hoch*) und einer Untergruppe, die in ihren Werten für Abhängigkeit und Selbstkritik einer „normalen“ Stichproben entspricht, aber trotzdem aufgrund einer depressiver Symptomatik eine stationäre Behandlung beansprucht. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass es eine Depressionsdimension gibt, welche nicht durch das von Blatt postulierte Modell erfasst wird.

**Frauen haben höhere Werte für Abhängigkeit als Männer.**

In der hier untersuchten klinischen Stichprobe zeigte sich kein Zusammenhang zwischen Geschlecht und Abhängigkeit bzw. Selbstkritik. Dies ist insofern erstaunlich, da der Zusammenhang für Ge-

schlecht mit den DEQ-Faktoren in vielen klinischen und nichtklinischen Studien gut belegt ist. Aus diesem Grund wurde das Stichprobenmerkmal Geschlecht nochmals gesondert in Bezug auf die drei gebildeten Untergruppen untersucht. Auch hier fand sich kein signifikanter Unterschied für Männer und Frauen. Die Hypothese, dass Frauen höhere Abhängigkeitswerte haben als Männer, konnte deshalb nicht bestätigt werden. Mögliche Gründe hierfür könnten in der kleinen Stichprobengrösse liegen, besonders unter Berücksichtigung der 3:1 Verteilung von Männern und Frauen. Der positive Trend, welcher sich in der Gruppe *Selbstkritik oder Abhängigkeit hoch* für Frauen und Abhängigkeit zeigte, könnte ein Hinweis darauf sein, dass ein Zusammenhang für Frauen besteht, die eine hohe Ausprägung für Abhängigkeit haben und eine niedrige für Selbstkritik. Dies lässt sich anhand der vorhandenen Daten jedoch nicht eindeutig klären.

#### **Selbstkritik korreliert negativ mit dem Lebensalter.**

Bezüglich des Alters korrelierte Selbstkritik mittelhoch negativ mit dem Lebensalter, was der Hypothese entspricht und darauf hindeutet, dass Selbstkritik insbesondere in jüngeren Jahren die Gefahr einer Depression erhöht. Dies deckt sich mit den Befunden von Mazure und Maciejewski (2003) und könnte bedeuten, dass Selbstkritik ein Vulnerabilitätsfaktor ist, welcher mit fortschreitendem Alter abnimmt, wohingegen Abhängigkeit – wofür sich weder hier noch bei Mazure und Maciejewski ein Zusammenhang fand – über die gesamte Lebenszeit hinweg das Risiko einer Depression erhöht. Dagegen sprächen allerdings die Befunde von Beutel und Kollegen (2004), welche sowohl für Abhängigkeit als auch für Selbstkritik einen schwachen negativen Zusammenhang zeigten. Zur Klärung dieser Vermutung benötigt es daher weitere Untersuchungen.

#### **Patienten mit einer rezidivierenden depressiven Störung haben höhere Werte bei Selbstkritik als Patienten mit einer depressiven Episode.**

Hinsichtlich der Diagnose fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen einer depressiven Episode oder einer rezidivierenden depressiven Störung. Der von Beutel und Kollegen (2004) berichtete starke Zusammenhang von der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit höheren Selbstkritikwerten konnte nicht repliziert werden. Eine Erklärung hierfür könnte die Verteilung in der stationären Stichprobe sein, in der die Anzahl der rezidivierenden depressiven Störungen deutlich überwiegt (31 Patienten zu 9 Patienten). Es ist wahrscheinlich, dass Patienten sich eher in eine stationäre Behandlung begeben, wenn sie bereits mehr als eine depressive Episode hatten. Diejenigen die bereits bei der ersten Episode in eine Klinik eintreten, tun dies unter Umständen aufgrund einer gravierenden Symptomatik wie z. B. Suizidalität. Da Suizidalität, wie weiter unten noch ausführlich diskutiert wird, in engerem Zusammenhang mit Selbstkritik steht, könnte dies dazu führen, dass ein Unterschied zwischen den Diagnosen im klinischen Setting und bei einer beschränkten Stichprobe nicht nachzuweisen ist.

#### **Selbstkritik zeigt einen stärkeren Zusammenanhang mit dem Schweregrad einer Depression.**

Betrachtet man den Schweregrad, wie er in der Diagnose gestellt wurde (mittelgradig, bzw. schwer), zeigt sich kein Unterschied hinsichtlich Abhängigkeit und Selbstkritik. Anhand des BDI-II lassen sich

zu den drei Messzeitpunkten aber Unterschiede feststellen. Bei Eintritt korrelierten zunächst beide Dimensionen des DEQ hoch und stark mit dem BDI-II Wert. Dies ist nachvollziehbar, da es sich bei der klinischen Stichprobe um eine symptomatisch schwer belastete Population handelt, welche gerade aufgrund dieser schweren Symptomatik eine stationäre Behandlung beansprucht. Dies zeigte sich auch darin, dass der durchschnittliche BDI-II Wert für T0 bei 34 lag, was einer schwergradig depressiven Symptomatik entspricht. Nach vier Wochen zeigte Selbstkritik immer noch eine starke Korrelation mit dem BDI-II, Abhängigkeit hingegen nur noch eine mittlere Korrelation. Dabei lagen die Korrelationskoeffizienten knapp über denen von Nietzle und Harris (1990) in ihrer Metaanalyse berechneten Werten. Es scheint, dass sich der grössere Zusammenhang von Selbstkritik und depressiven Symptomen erst nach den ersten vier Behandlungswochen zeigt, wenn die Schwere der Symptomatik insgesamt auf ein mittelschweres Level abgesunken ist. Bei Austritt fand sich dann auch der Hypothese entsprechend noch ein knapp signifikanter Zusammenhang für Selbstkritik und BDI-II. Für Abhängigkeit fand sich hingegen, bei einem Gesamtmittelwert des BDI-II der gerade zwischen einer leichten und einer mittelschweren Symptomatik liegt, keine signifikante Korrelation mehr. Interessant ist auch der Vergleich der BDI-II Werte zwischen den Gruppen. Hier zeigten sich eindruckliche Unterschiede. Die Gruppen lagen bei Eintritt jeweils mindestens 10 Punkte auseinander, wobei die Gruppe mit den höchsten Mittelwerten für Abhängigkeit und Selbstkritik (AuS\_H) die schwerste depressive Symptombelastung beim BDI-II zeigte, gefolgt von der Gruppe mit mittleren Werten für Abhängigkeit und Selbstkritik (AoS\_H). Beide entsprechen vom Schweregrad einer schweren depressiven Symptomatik, unterscheiden sich aber signifikant in ihren Punktwerten (45 Punkte vs. 35 Punkte). Die dritte Gruppe (AuS\_N), deren Mittelwert für Abhängigkeit und Selbstkritik denen einer nicht depressiven Stichprobe entspricht, zeigte zwar einen deutlich niedrigeren Wert beim BDI-II (23 Punkte), ist damit aber immer noch im Bereich einer mittelgradigen depressiven Symptomatik. Dieses Ergebnis festigt die Annahme, dass es eine Depressionsdimension gibt, welche eine mittelgradige Depression aufweist, mit ihren Werten für Abhängigkeit und Selbstkritikwerte aber im Normbereich liegt.

**Abhängigkeit und Selbstkritik korrelieren mit unterschiedlichen Symptomen, wobei Abhängigkeit einen grösseren Zusammenhang mit somatisch-affektiven Symptomen hat und Selbstkritik mit kognitiven Symptomen.**

Es zeigte sich, dass Selbstkritik und Abhängigkeit der Hypothese entsprechend unterschiedlich stark mit Symptommustern korrelieren. Bei Eintritt war dieser Unterschied nicht zu erkennen, was vermutlich, wie bereits oben beim Schweregrad erwähnt, mit der allgemein hohen Symptombelastung bei stationären Patienten zusammenhängt. Dementsprechend fand sich kein Unterschied zwischen den beiden Faktoren des BDI-II zum Zeitpunkt T0. Nach vier Behandlungswochen, im Bereich einer mittelgradigen Symptomatik, zeigte Abhängigkeit im Vergleich zu Selbstkritik nur noch einen Zusammenhang mit dem somatisch-affektiven Faktor. Für Selbstkritik liess sich keine solche Veränderung finden, zum Zeitpunkt T1 zeigte sich immer noch zu beiden Faktoren des BDI-II ein signifikanter Zusammenhang. Bei Austritt, d. h. zum Zeitpunkt einer leichten bis knapp mittelgradigen Symptomatik, fand sich hingegen für keinen der beiden BDI-II Faktoren mehr ein Zusammenhang mit Abhängigkeit

und Selbstkritik. Dies erhärtet den Verdacht, dass sich spezifische Symptommuster bzw. Unterschiede im Schweregrad der Symptomatik vor allem in einem symptomatisch mittelgradigen Bereich finden lassen. Die höhere depressive Symptombelastung für Selbstkritik könnte der Grund sein, warum sich kein eindeutiger Zusammenhang zu dem kognitiven Faktor eruieren lässt, wie dies bei Desmet und Kollegen (2006) der Fall war.

Interessant ist hier der Vergleich bezüglich des kognitiven und somatisch-affektiven Faktors zwischen den Gruppen zum Eintrittszeitpunkt. Hier lassen sich, im Gegensatz zu den Korrelationen, für T0 signifikante Unterschiede zwischen den BDI-II Faktoren feststellen, welche aufzeigen, dass zumindest bezüglich des somatisch-affektiven Faktors alle drei Gruppen heterogen sind. Während kognitive Symptome demnach nicht signifikant davon beeinflusst werden, ob eine oder beide DEQ-Skalen erhöht sind, scheinen die somatisch affektiven Symptome besonders ausgeprägt, wenn beide Skalen in höheren Bereichen liegen.

Betrachtet man die Ergebnisse des SCL-90R zum Zeitpunkt T0, also bei Eintritt, unter der Fragestellung eines spezifischen Symptommusters, so zeigt sich ein vergleichbares Bild wie beim BDI-II. Die Symptombelastung, zu erkennen an den drei globalen Kennwerten, war sowohl für Abhängigkeit als auch Selbstkritik so hoch, dass sie mit praktisch allen Unterskalen des SCL-90R signifikant korrelierten und mittelstarke bis starke Effekte zeigten. Betrachtet man T1, so lassen sich hier zumindest bezüglich der Effektstärke gewisse Unterschiede feststellen. Die hier gefundenen Zusammenhänge – Selbstkritik korrelierte mit *phobischer Angst* und *sozialer Unsicherheit*, Abhängigkeit mit *Zwanghaftigkeit*, *phobischer Angst* und *Aggressivität* – decken sich teilweise mit den Befunden von Beutel und Kollegen (2004), bei denen ebenfalls *soziale Unsicherheit* einen starken Zusammenhang mit Selbstkritik hatte und Blatts Theorie, welche den sozialen Rückzug als ein Merkmal der introjektiven Depression und phobische Beschwerden als eine Merkmal der anaklitischen Depression beschreibt. Insgesamt sind aber die Anzahl der vorhandenen Korrelationen zu fast allen Skalen und deren Stärke, sowohl bei T0 als auch bei T1, zu ausgeprägt, um hinsichtlich des SCL-90R von einem spezifischen Symptommuster in Verbindung mit Abhängigkeit und Selbstkritik sprechen zu können. Am ehesten finden sich hypothesenkonforme Ergebnisse für T2: hier zeigte Abhängigkeit noch einen knapp signifikanten Zusammenhang mit *phobischer Angst* und Selbstkritik mit *Zwanghaftigkeit* und *sozialer Unsicherheit*. Insgesamt deutet es darauf hin, dass es gewisse Symptome gibt, die mit der einen oder der anderen Depressionsdimension in engerer Verbindung stehen, die Hypothese eines jeweils spezifischen Musters der introjektive oder anaklitische Depression, welches, wie von Luyten und Kollegen (2007) berichtet, sogar einen negativen Zusammenhang zum jeweils anderen Depressionstyp hat, kann aufgrund der hier vorliegenden Daten aber nicht unterstützt werden.

Betrachtet man die Ergebnisse des SCL-90R weniger symptomspezifisch sondern hinsichtlich seiner drei globalen Kennwerte, „Global Severity Index“ (GSI), „Positive Symptom Distress Index“ (PSDI), und „Positive Symptom Total“ (PST), so findet sich auch hier lediglich für T2 ein diskutierbarer Unterschied für die DEQ-Faktoren: Während für keinen der drei Werte mehr ein Zusammenhang zu Abhängigkeit bestand, zeigte Selbstkritik noch einen positiven Trend für alle drei globalen Kennwerte

des SCL-90R, was darauf hindeutet, dass Patienten mit höheren Selbstkritikwerten bei Austritt noch eine höhere Symptombelastung haben als Patienten mit höheren Werten für Abhängigkeit. Im Hinblick auf die globalen Kennwerte des SCL-90R sollte noch das Ergebnis für die drei Gruppen in Bezug auf den GSI beachtet werden. Dort zeigte sich für die Eintrittsmessung, dass die Gruppe *Abhängigkeit und Selbstkritik hoch* deutlich am belastetsten war (sehr stark erhöhte Werte) im Vergleich zur Gruppe *Abhängigkeit oder Selbstkritik hoch* mit stark erhöhten Werten und im Kontrast zur Gruppe *Abhängigkeit und Selbstkritik niedrig*, die nur leicht erhöhte Werte zeigte. Dies betont nochmals die klinisch bedeutsame psychische Gesamtbelastung dieser Subgruppe.

### **Selbstkritik zeigt einen stärkeren Zusammenhang mit Suizidalität als Abhängigkeit.**

Die Hypothese eines erhöhten Suizidrisikos für selbstkritische Patienten, welche sich mit Blatts Fallbeispielen deckt, lässt sich anhand der Ergebnisse bestätigen. Selbstkritik korrelierte mit beiden Suizidalitäts-Items wohingegen Abhängigkeit lediglich einen schwach signifikanten Zusammenhang mit dem Suizidalitäts-Item des SCL-90R aufwies. Einen Hinweis auf die tatsächlich erhöhte Suizidgefährdung und nicht nur dem verstärkten Vorhandensein von Suizidgedanken gibt der Umstand, dass Selbstkritik mit beiden Items korreliert, Abhängigkeit nur mit dem Item des SCL-90R. Diese unterscheiden sich nämlich bedeutsam hinsichtlich ihrer Formulierung (vgl. Kapitel 7.4.2). Während beim SCL-90R das Vorliegen von Suizidgedanken bewertet wird, erfragt der BDI-II eine konkrete Handlungsabsicht. Vor diesem Hintergrund sind die Ergebnisse so zu interpretieren, dass selbstkritische Patienten zum einen vermehrt Suizidgedanken haben, zum anderen aber auch eine deutlichere Handlungsabsicht als bei abhängigen Patienten dahintersteht, was sich mit bisherigen klinischen Studienergebnissen deckt.

### **Abhängigkeit hat einen stärkeren Zusammenhang mit Hilflosigkeit, Selbstkritik korreliert stärker mit Hoffnungslosigkeit.**

Die Ergebnisse zu Hoffnungs- und Hilflosigkeit sind komplex und zunächst einmal schwierig in Einklang mit der von Blatt vorgelegten Theorie zu bringen. Es zeigte sich über die Messzeitpunkte T0 und T1 ein signifikanter Zusammenhang zwischen Selbstkritik und der P-Skala des IPC, welcher bei Austritt (T2) zumindest noch marginal vorlag. Bei Eintritt galt dieser Zusammenhang auch für Abhängigkeit, verschwand aber bereits nach vier Wochen Behandlung. Dies ist verwunderlich, da die P-Skala eine externalisierende Hilflosigkeit erfasst, welche man mit hohen Abhängigkeitswerten in Verbindung bringen würden, nämlich, dass eine Person sich als machtlos wahrnimmt, sich abhängig fühlt von anderen mächtigen Personen, d. h. subjektiv eine hohe soziale Abhängigkeit erlebt. Wie lässt sich demnach erklären, dass diese bei beiden Dimensionen vorliegen, für Abhängigkeit aber verschwindet und für Selbstkritik anhält, bzw. überhaupt auftritt? Eine mögliche Erklärung für den nur anfänglichen Zusammenhang mit Abhängigkeit könnte sein, dass diese Überzeugungen verstärkt in einer Depression auftreten, bei diesen Personen also bereits vor dem Eintritt vorhanden waren und sich dementsprechend bei der ersten Messung zeigten. Im Verlauf der Behandlung, wenn die Symptome zurückgehen und das klinische Umfeld die nötige Sicherheit bietet, gehen diese Überzeugun-

gen dann aber zurück. Die Hilflosigkeit würde also in Einklang mit Blatts Theorie nur auftreten, wenn die Angst besteht, die benötigte und erhoffte Unterstützung nicht zu bekommen. Ein „fütterndes“ und versorgendes Setting (wie das stationäre es ist), bietet hingegen genau die erhoffte und erwünschte Unterstützung, die in diesem Sinne kontraphobisch auf die Hilflosigkeit wirkt. Folgt man dieser Erklärungstheorie und orientiert man sich an Blatts dialektischem Modell, dann liesse sich hypothetisieren, dass es gerade das stationäre Setting selbst ist, das bei introjektiven Patienten zu einer erhöhten Hilflosigkeit führt. Dementsprechend wäre Hilflosigkeit beim introjektiven Patienten die Folge des Eintrittes und nicht wie beim abhängigen Patienten der Grund des Eintrittes. Das Gefühl des Versagens, die Unfähigkeit sich selbst zu helfen, gepaart mit der grossen Schwierigkeit um Hilfe zu bitten, könnten die stationäre Behandlung für einen selbstkritischen Patienten zu einer massiven Kränkung machen und schränken ihn zudem in der für ihn so wichtigen Autonomie und Kontrolle ein, was durchaus in einer Hilflosigkeit münden könnte, wie sie von der P-Skala erfasst wird. Im Einklang hiermit stände die Tatsache, dass nach vier Wochen kein Nachlassen dieses Zusammenhanges zu erkennen ist, sondern erst bei Austritt, wenn ein Ende des einschränkenden und kränkenden Settings absehbar ist.

In Verbindung dazu liessen sich auch die Ergebnisse der Hoffnungslosigkeit-Skala setzen. Dort zeigte sich, dass Abhängigkeit bei Eintritt einen Zusammenhang mit Hoffnungslosigkeit hatte, welcher nach vier Wochen nicht mehr vorhanden war, während es sich bei Selbstkritik gerade andersherum verhielt. Für Hoffnungslosigkeit könnte es sich also bezüglich Abhängigkeit ähnlich wie mit Hilflosigkeit verhalten. Sie tritt in der Depression als Symptom auf und verflüchtigt sich bei Stabilisierung durch das Umfeld. Bezüglich Selbstkritik wäre Hoffnungslosigkeit anders als Hilflosigkeit nicht etwas das sich aufgrund des Eintrittes entwickelt, sondern ein Gefühl, welches im Verlauf der stationären Behandlung entsteht, eventuell ausgelöst durch die Erfahrung von Kontrollverlust, Abhängigkeit oder der nur langsam ansprechender Behandlung, d. h. symptomatischen Verbesserung. Berücksichtigt man diesbezüglich die Ergebnisse von Blatt und Kollegen (2010) so lässt sich vermuten, dass es unter Umständen sogar die Persönlichkeitseigenschaften des introjektiven Patienten selbst sind, die den Fortschritt der Behandlung verzögern oder sogar verhindern und damit zu seiner Hoffnungslosigkeit beitragen.

**Selbstkritische Patienten schätzen die therapeutische Beziehung als weniger hilfreich ein und beurteilen die Beziehung zum Therapeuten negativer als abhängige Patienten.**

Zusammenhänge mit der therapeutischen Beziehung fanden sich lediglich für T1, diese standen im Einklang mit der Hypothese und zeigten einen signifikanten Zusammenhang zwischen Selbstkritik und einer negativen Einschätzung der therapeutischen Beziehung sowohl vom Patienten als auch vom Behandler. Dies deutet darauf hin, dass das interpersonelle Verhalten von introjektiven Patienten nicht nur Auswirkungen auf die eigene Einschätzung von Beziehungen hat, sondern auch das Gegenüber, in diesem Fall den Therapeuten, zu einer negativeren Einschätzung veranlasst, was sich mit den Schlussfolgerungen von Luyten und Kollegen (2005b) deckt. Die Ergebnisse des IMI-R untermauern dies hinsichtlich Selbstkritik zusätzlich, dort zeigte sich bei den Patienteneinschätzungen,

dass selbstkritische Patienten den Therapeuten als feindselig wahrnehmen, während die Therapeuten diese im Gegenzug feindselig-submissiv erlebten. Für Abhängigkeit fanden sich in der Patienteneinschätzung keine eindeutigen Zusammenhänge; in der Therapeuteneinschätzung zeigte sich aber ein negativer Zusammenhang zu feindselig, was vermuten lässt, dass sich abhängige Patienten, im Gegensatz zu selbstkritischen Patienten, auf eine Art und Weise verhalten, die dem Gegenüber als nicht bedrohlich erscheint. Dieses Ergebnis leuchtet ein, wenn man davon ausgeht, dass abhängige Patienten die Unterstützung und Hilfe des Therapeuten suchen, während selbstkritische Patienten diese eher vermeiden. Es passt auch zu den Ergebnissen von Beutel und Mitarbeitenden (2004) die Abhängigkeit mit Haltungen in Verbindung brachten, die Wohlwollen und Aufmerksamkeit erwecken sollen.

**Selbstkritische Patienten zeigen eine geringere symptomatische Verbesserung und somit ein schlechteres Therapieergebnis bei Austritt als abhängige Patienten.**

Bezüglich des symptomatischen Verlaufes, gemessen anhand des BDI-II, zeigte sich entgegen der Hypothese kein negativer Zusammenhang für Selbstkritik, sondern ein positiver für Abhängigkeit. Abhängigkeit stand ausserdem mit einer Reduktion der somatisch-affektiven Symptome in Verbindung. Dies könnte so zu verstehen sein, dass das stationäre Setting für abhängige Patienten einen grösseren Nutzen hat, wohingegen selbstkritische Patienten, wie bereits bei Hoffnungs- und Hilflosigkeit hypothetisiert, weniger davon profitieren. Ein Vergleich der Gruppen bestätigt in jedem Fall, dass hohe Werte auf einer der beiden oder sogar beiden Skalen mit einem deutlich schlechteren symptomatischen Verlauf einhergehen, als der Verlauf von Patienten, die für beide Skalen niedrigere Werte zeigen. Die prognostisch besten Aussichten scheinen also Patienten zu besitzen, welche zwar eine depressive Symptomatik zeigen, jedoch nicht einer anaklitischen oder introjektiven Depression zugeordnet werden können. Somit kann man schliessen, dass die von Blatt postulierten Depressionsdimensionen, anaklitisch versus introjektiv, mit schwereren Verläufen in Verbindung stehen, wobei anaklitische Patienten mehr von einer stationären Behandlung profitieren als introjektive Patienten.

## **9.2 Typologie versus. Dimension**

Schon sehr früh wurde von Coyne und Whiffen (1995) in Bezug auf Blatts Theorie die Frage aufgeworfen, inwieweit es sich bei der abhängigen und introjektiven Depression um ein typologisches oder dimensionales Konstrukt handelt. Sie weisen darauf hin, dass in vielen seiner frühen Arbeiten (Blatt, 1974; Blatt & Schichmann, 1983), eine typologisierende Theoriesprache gebraucht wird, welche den Eindruck vermittelt, dass das Modell der anaklitischen und introjektiven Depression typologisch konstruiert ist. Dies gilt auch für die verwendeten Fallberichte, welche Blatt prototypisch für das jeweilige Bild der Depressionsform anführt. Gemäss Coyne und Whiffen (1995) muss jedoch klar unterschieden werden, ob lediglich in einer typisierenden Sprache über eine dimensionale Variable gesprochen wird oder ob es sich tatsächlich um „reine“, distinkte Typen handelt, deren Eigenschaften klar abgrenzbar sind und sich nicht im jeweils anderen Typen finden.



Zuroff, Mongrain und Santor (2004) argumentieren hingegen in ihrer Antwort auf Coyne und Whiffen (1995), dass der Ansatz der anaklitischen und introjektiven Depression von Anfang an dimensional angelegt war, d. h. Abhängigkeit und Selbstkritik als Persönlichkeitsvariablen zu verstehen sind, welche in der Bevölkerung ungefähr normal verteilt sind. Dies sei jedoch durchaus mit den typologischen Aspekten, die Blatts Theorie enthält, vereinbar, da die Beschreibung von prototypischen Personen nicht zwingend die Festlegung auf eine zugrundeliegende Typologie bedeutet. Sie argumentieren: "Continuous scores on scales such as DEQ–Dependency and DEQ–Self-Criticism can be understood as measures of the frequency and intensity with which individuals display the attributes associated with each of the two prototypes" (Zuroff et al., 2004, S. 491). Blatts Modell sei daher am besten als eine Mischung aus einem typologischen und einem dimensional Konzept zu verstehen.

Ein weiterer Kritikpunkt von Coyne und Whiffen (1995) betrifft die in vielen Studien zur Verwendung kommende Einteilung der Daten in Gruppen, welche anhand von Cut-off Werten oder durch Median-Split erfolgt. Dies führt zu einer Reduktion der intervallskalierten Daten auf ein ordinales Niveau. Es findet also eine Dichotomisierung statt, wodurch alle Personen, die oberhalb bzw. unterhalb dieses festgelegten Wertes liegen, als eine homogene Einheit behandelt werden, unabhängig von den unter Umständen sehr heterogenen Ausprägungen innerhalb der Gruppe. Zwei Personen, die sehr ähnliche Werte haben, aber gerade über und unter dem Grenzwert liegen, werden hingegen als gänzlich verschieden behandelt. Zuroff und Mitarbeitende (2004) halten dagegen, dass die Praxis des Extrem-Gruppen-Designs (z. B. Abhängigkeit hoch versus Abhängigkeit niedrig) unter gewissen Bedingungen, unter Abwägung der Vor- und Nachteile, durchaus gerechtfertigt ist, wenn es zu mehr statistischer Power führt und die dimensionale Natur der zugrundeliegenden Variablen in der Präsentation der Ergebnisse beibehalten wird.

Im Rahmen dieser Arbeit, insbesondere bei der Durchsicht der theoretischen Grundlagen und deren Weiterentwicklungen fand sich, wie von Coyne und Whiffen (1995) berichtet, in den frühen Arbeiten von Blatt einen sehr typologisch geprägter Sprachstil, welcher in der Tat dazu verleitet, von distinkten Typen auszugehen, wenn man von einem anaklitischen Typus und einem introjektiven Typus der Depression spricht. Verfolgt man jedoch Blatts theoretische Weiterentwicklung bis hin zu seinem dimensional Entwicklungsmodell wird deutlich, dass das Konstrukt einer „reinen“ typologischen Depressionstheorie weder intendiert noch angemessen ist. Dies gilt insbesondere für klinische Stichproben, in denen dimensional Einteilungen dem klinischen Bild in aller Regel gerechter werden als kategoriale. Gerade im klinischen Bereich erscheint allerdings auch die Fallpräsentation von Prototypen gerechtfertigt und ist in der Praxis etabliert. In diesem Sinne wird dem Vorschlag eines gemischt typologisch-dimensional Konzeptes von Zuroff und Kollegen (2004) in der hier vorliegenden Arbeit auf zwei Arten Rechnung getragen: Erstens werden typologische Aspekte, in Form von prototypischen Fallbeispielen integriert, zweitens werden zur Verdeutlichung des Konstruktes die von Blatt gebrauchte, typisierende Sprachweise teilweise übernommen. Allerdings ist auch auf die von Coyne und Whiffen (1995) hingewiesene, explizite Unterscheidung zwischen typologisierendem Sprachgebrauch auf der einen und einer tatsächlich zugrundeliegenden distinkten Typologie auf der anderen

Seite geachtet worden. Aus diesem Grund wurde der dimensionale Hintergrund des Konstruktes für den Titel übernommen um dies eindeutig von einem rein typologischen Ansatz abzugrenzen.

Der zweite grosse Kritikpunkt von Coyne und Whiffen (1995) ist ebenfalls für die hier durchgeführte Studie relevant. Es wurde eine Gruppeneinteilung mittels Median-Split durchgeführt um die Daten weiterführend zu untersuchen und mehr Informationen über die Zusammenhänge in einer stationären Stichprobe zu erfahren. Es ist aber darauf hinzuweisen, dass Coyne und Whiffen (1995) die Dichotomisierung insbesondere im Zusammenhang mit nicht klinischen Stichproben kritisieren, mit der Begründung, dass damit ein viel zu grosser Teil der normalen Bevölkerung mit der pathogenen Eigenschaft (z. B. Abhängigkeit) in Verbindung gebracht wird und dies die Frage nach dem klinischen Nutzen aufwirft. Dieses Argument erscheint valide für eine nicht klinische Stichprobe. In einem stationären Setting, bei dem die untersuchte Population aus durchweg mittel- bis schwer depressiven Patienten besteht, verhält sich dies jedoch anders. In einer Stichprobe, in welcher die Datenerhebung zum einen deutlich aufwendiger und schwieriger ist als in einer nicht klinischen Stichprobe, bei der nicht hinsichtlich einer Vulnerabilität, sondern einer zugrundeliegenden Ursache geforscht wird und bei der die Gruppenbildung statistisch interessante Resultate erbringt, scheint dieses Vorgehen durchaus sinnvoll. In diesem Sinne wird hier Zuroff und Kollegen (2004) methodisch zugestimmt bezüglich ihres Hinweises, dass gewisse Rahmenbedingungen die Praxis der Gruppenbildung durchaus rechtfertigen, wenn der Nutzen die Nachteile überwiegt.

### **9.3 Limitationen der Studie**

Limitiert wird die Studie zum einen durch ihre Stichprobengrösse ( $N = 40$ ), welche aufgrund des Studiendesigns (monozentrische Verlaufsstudie) und des beschränkten Erhebungszeitraumes (ca. ein Jahr) begrenzt wurde. Eine weitere Einschränkung ist das bei klinischen Verlaufsstudien, gerade im psychisch-psychiatrischen Bereich, gehäuft auftretende Problem der fehlenden Messwerte. Auch in dieser Studie zeigten sich über die Verlaufsmessungen eine erhöhte Drop-out- und Missing-Value-Rate. Dies hängt vermutlich zum einen mit den spezifischen Stichprobenmerkmalen in einer stationären Population von depressiv Erkrankten zusammen, bei welcher die zu untersuchende Symptomatik selbst die Eignung der Versuchspersonen an der Studie teilzunehmen beeinträchtigt (z. B. durch Konzentrationsschwierigkeiten, Motivationslosigkeit, Energielosigkeit, Antriebsstörung). Zum anderen hängt dies mit den Rahmenbedingungen in einer psychiatrischen Institution zusammen, welche die zeitliche Koordination, gerade bezüglich der Austrittsmessung, zum Teil erheblich erschweren.

Zu den Stärken der Studie gehört das Längsschnittdesign, welches den Verlauf über die gesamte stationäre Behandlung abbildet, was bisher nur in wenigen Studien mit dem DEQ umgesetzt wurde. Ein weiterer Vorteil der Studie ist der grosse Umfang an Erhebungsinstrumenten, welche eingesetzt wurden. Dies erlaubte die Analyse mehrerer Aspekte im Zusammenhang mit klinisch relevanten Fragestellungen.

## 10 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich hinsichtlich der anaklitischen und introjektiven Dimension der Depression im stationären Setting Folgendes sagen: Beide Dimensionen finden sich in der klinischen Stichprobe, ihr Ausprägungsgrad variiert jedoch stark. Dies weist daraufhin, dass es Untergruppen in der klinischen Population gibt, welche zum Teil mit hohen Ausprägungsgraden einhergehen, zum Teil aber trotz deutlich depressiver Symptomatik unauffällige Werte zeigen, wobei die schwerste Symptomatik mit hohen Ausprägungen auf beiden Dimensionen einhergeht.

Bei den untersuchten stationären Depressionspatienten kann im Hinblick auf die Stichprobenmerkmale nur zwischen Selbstkritik und dem Lebensalter ein klarer Zusammenhang nachgewiesen werden, der vermuten lässt, dass möglicherweise gerade jüngere Patienten in stationärer Behandlung von der introjektiven Dimension beeinflusst sind.

Bezüglich der symptomatischen Muster für Abhängigkeit und Selbstkritik bestehen Unterschiede, welche sich vor allem im Bereich einer mittelgradigen Symptomatik zeigen, jedoch nicht so spezifisch sind, dass man von einer anaklitischen und einer introjektiven Symptomatik sprechen könnte. Am eindeutigsten zeigt sich dahingehend der Zusammenhang von Abhängigkeit mit somatisch-affektiven Symptomen, während Selbstkritik eher mit einer generell schwereren und stationär weniger beeinflussbaren Symptomatik in Verbindung steht. Von klinischer Relevanz ist das Ergebnis zum Risiko einer suizidalen Handlung. Hier zeigte sich für Selbstkritik eine deutlich erhöhte Gefährdung, nicht nur bezüglich dem Vorhandensein von Suizidgedanken, sondern auch hinsichtlich der bestehenden Handlungsabsicht. Die Ergebnisse zur Hoffnungs- und Hilflosigkeit sind komplex und in ihrer Interpretation nicht eindeutig. Die gefundenen Zusammenhänge und Unterschiede weisen aber darauf hin, dass es sich um relevante Variablen handelt, die wahrscheinlich – zumindest im klinischen Setting – wesentlich komplexer mit den Dimensionen Abhängigkeit und Selbstkritik verbunden sind, als dies in Blatts theoretischer Formulierung angelegt ist.

Die therapeutische Beziehung ist ebenfalls betroffen: Im Zusammenhang mit der Selbstkritik zeigt sich ein negativer Einfluss auf die Beurteilung der therapeutischen Beziehung; dies sowohl von Patienten- als auch von Therapeutenseite. Da die therapeutische Beziehung in ihrer Bedeutung als Wirkfaktor in einer Therapie anerkannt ist, ist es berechtigt zu schliessen, dass Patienten mit höheren Werten an Selbstkritik, zumindest bei kürzeren Behandlungen, benachteiligt sind. Ob sich dies im stationären Setting direkt auf das Behandlungsergebnis auswirkt, im Sinne eines schlechteren symptomatischen Verlaufes, ist anhand der Daten nicht eindeutig zu klären. An dieser Stelle lässt sich lediglich sagen, dass Abhängigkeit bei stationären Behandlungen in einem positiven Zusammenhang mit dem Therapieverlauf steht und sich die symptomatische Verbesserung insbesondere anhand der somatisch-affektiven Symptome zeigt, mit denen Abhängigkeit ebenfalls korreliert.

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Frage, wie sich das bessere therapeutische Ergebnis im stationären Setting von abhängigen Patienten mit der von Blatt postulierten psychisch höheren Entwicklungsstufe von selbstkritischen Patienten verbinden lässt. Oder anders gefragt: Warum profitieren Patienten mit einer „niedrigeren“ psychischen Entwicklungsstufe mehr als die angeblich „höher“

entwickelten Patienten? Hierfür gilt es verschiedene Aspekte zu berücksichtigen. Die Ergebnisse der Studie sagen nur aus, dass abhängige Patienten bei Austritt ein besseres Behandlungsergebnis zeigen, es lässt sich aber keine Aussage darüber machen, wie es ihnen nach dem Austritt geht, wenn das unterstützende und umsorgende Umfeld der Klinik verlassen wird. Es liesse sich die Vermutung anstellen, dass es bezüglich der Symptomatik zu einem Rückfall kommen könnte, wenn das Umfeld ausserhalb der Klinik nicht dieselbe Unterstützung bietet, wie die stationäre Versorgung. In diesem Sinne wären es nicht die spezifischen therapeutischen Interventionen, welche für das positivere Behandlungsergebnis verantwortlich sind, sondern das klinische Setting als solches, welches eine gute Passung hinsichtlich der zugrundeliegenden, regressiven Wünsche und Ängste der abhängigen Patienten bietet. Dieselben Überlegungen liessen sich für selbstkritische Patienten anstellen, die angeblich ein höheres psychisches Entwicklungsniveau haben, von der stationären Behandlung aber weniger zu profitieren scheinen. Sollten sie nicht aufgrund der höheren psychischen Reife dazu in der Lage sein, die stationäre Behandlung besser für sich zu nutzen? Eventuell ist für das schlechtere Ergebnis hinsichtlich der Symptomatik ebenfalls eher der Rahmen der stationären Behandlung verantwortlich als die therapeutische Intervention. So wie bei abhängigen Patienten durch das stationäre Setting Ängste vermieden werden, können beim selbstkritischen Patienten Ängste und Befürchtungen – versagt zu haben, wertlos zu sein, andere enttäuscht zu haben – geweckt und bestätigt werden. Auch hier wäre es deshalb interessant zu sehen, wie das symptomatische Behandlungsergebnis einige Wochen nach dem Austritt aussieht. Es lässt sich hinterfragen, inwieweit sich der Therapieerfolg (gemessen anhand der symptomatischen Verbesserung) überhaupt in Verbindung zum Reifegrad der psychischen Entwicklung setzen lässt. Gerade wenn die symptomatische Verbesserung möglicherweise besser durch das Setting erklärt werden kann. Der höhere Reifegrad der selbstkritischen Patienten könnte sich gerade darin zeigen, dass die Symptomatik nicht durch das zur Verfügung stellen eines befriedigenden Objektes reduziert werden kann, so wie sich dies bei abhängigen Patienten andeutet, sondern eine Verbesserung der Symptomatik erst durch eine Internalisierung neuer Objektbeziehungen und -erfahrungen erfolgt. Dies ist aber nur in längeren Behandlungen möglich, was zu Blatts Hypothese passt, dass selbstkritische Patienten stärker von Langzeittherapien profitieren. Das niedrigere Entwicklungsniveau bei einer abhängigen Depression würde sich dementsprechend in der schnelleren Symptomreduktion durch „einfachere“ Bedürfnisbefriedigung zeigen, diese ist aber instabil und stets auf ein Objekt angewiesen. Damit würden anaklitische Patienten, wie Blatt es ihnen zuschreibt, von unterstützenden Therapieformen insofern mehr profitieren, dass eine symptomatische Stabilität erreicht werden kann, jedoch auf Kosten einer grundlegenden psychischen Weiterentwicklung.

Was bedeuten diese Ergebnisse für Blatts Depressionstheorie und deren Relevanz für die klinische Depression und deren Behandlung? Zunächst einmal scheinen Abhängigkeit und Selbstkritik tatsächlich bedeutungsvolle Variable für das klinische Bild einer depressiven Störung zu sein. Aber sie können nicht mit allen klinischen Formen einer Depression im stationären Setting in Verbindung gebracht werden. Die gefundenen Zusammenhänge sind auf der einen Seite klinisch bedeutsam (z. B. in

Bezug auf die erhöhte Suizidgefährdung bei Patienten mit introjektiven, bzw. selbstkritischen Zügen), auf der anderen Seite werfen sie entscheidende Fragen auf (wie z. B. für Hoffnungs- und Hilflosigkeit).

Entsprechenden den vorliegenden Ergebnissen, sollte im klinisch-stationären Kontext ein besonderes Interesse den beiden Extrem-Gruppen gelten: zum einen (1) Patienten, bei welchen sich für beide Dimensionen hohe Werte fanden und welche insgesamt die schwerste depressive und Gesamtsymptombelastung zeigten und zum anderen (2) Patienten, welche niedrige Werte für beide Dimensionen präsentierten, aber trotzdem eine mittelschwere depressive Symptomatik aufwiesen. Diese beiden Gruppen zeigten auch hinsichtlich ihres Behandlungsergebnisses, gemessen an der symptomatischen Verbesserung, die grössten Unterschiede, da sie die positivsten und negativsten Therapieerfolge erzielten. Das genaue Zusammenwirken der beiden Dimensionen in diesen Gruppen und die Auswirkungen, die dies auf das klinische Bild hat, bleiben vorerst unklar und bedürfen weiterer Untersuchungen. Es ist überraschend, dass gerade der gemischt ananklitisch-introjektiven Gruppe bisher so wenig Aufmerksamkeit gewidmet wurde, obwohl Blatt bereits 1982 bemerkte:

The most severe form of clinical depression appears to be a consequence of a combination of these two sources of depression, which occur in relative independence in nonclinical subjects. Depression emanating from both dependency and self-criticism may lead to very intense levels of depression because the combination of the two creates a unique situation especially difficult to resolve. Intense dependency can lead to a sense of personal weakness and failure, while intense strivings to compensate for feelings of inadequacy can interfere with the gratification of dependent longings. Thus an individual high on both Dependency and Self-Criticism factors may be struggling with a difficult dilemma and be particularly vulnerable to profound and intense experiences of depression. (S. 121)

Hinweise für das Vorliegen einer eventuell besonders gefährdeten „gemischten Gruppe“ existieren demnach schon länger, wurden bisher aber nicht weiterverfolgt. Dies wurde hier bestätigt und um eine klinisch depressive „Weder-Noch-Gruppe“ ergänzt. Die Implikationen welche sich daraus für Forschung und Praxis ergeben, werden im letzten Kapitel (11 Ausblick) abschliessend thematisiert.

## **11 Ausblick**

### **11.1 Implikationen für die klinische Forschung und Praxis**

In Anbetracht der vergangenen 40 Jahre, welche seit der ersten Konstruktion des Modells der ananklitischen und introjektiven Depression durch Blatt vergangen sind, ist es verwunderlich, dass sich die Forschung bisher primär auf nicht klinische Stichproben konzentriert hat, welche hinsichtlich ihrer Vulnerabilität für eine Depression in Zusammenhang mit Selbstkritik und Abhängigkeit untersucht wurden. Auf die dringliche Überprüfung des Konzeptes hinsichtlich seines Zutreffens für die klinische Depression wurde von verschiedenen Seiten hingewiesen (z. B. Coyne, Thompson, & Whiffen, 2004). Hierfür benötigt es mehr Untersuchungen im gesamten klinischen Bereich, das heisst sowohl im ambulanten, teilstationären als auch stationären Setting. Das erste Problem, welches sich im Zusammenhang mit solchen Studien stellt, wird von Desmet, Vanheule, Meganck, Verhaeghe und Bogaerts (2007b) thematisiert: nämlich die Anwendung des DEQ Auswertungsprogrammes, welches auf einer studentischen Stichprobe basiert und dann im Rahmen von klinische Untersuchungen angewandt wird. Die Faktorenstruktur des DEQ konnte noch nicht hinreichend für klinische Populationen nachgewiesen werden. In diesem Sinne sollte der erste Schritt die faktorenanalytische Überprüfung von Selbstkritik und Abhängigkeit an einer angemessen grossen klinischen Stichprobe sein. Falls sich die Faktorenstruktur des DEQ für eine klinische Stichprobe nicht findet, muss eine Anpassung erfolgen, bzw. eine gegebenenfalls veränderte Faktorenlösung für die Auswertung von klinischen Stichproben implementiert werden. Dabei sollten auch die bereits angedachten Weiterentwicklungen des DEQ in Betracht gezogen werden. Zum einen, da sich für diese sowohl für klinische als auch nicht klinische Stichproben zum Teil (RecDEQ) bereits befriedigendere Faktorenlösungen gezeigt haben (Bagby et al., 1994a; Desmet et al., 2007b), zum anderen, da der DEQ in seiner Originallänge mit 66 Items für depressive Patienten eine unverhältnismässig lange Bearbeitungsdauer benötigt. Auf diesen Grundlagen aufbauende klinische Studien sollten schliesslich vermehrt die Wirkungszusammenhänge von Abhängigkeit und Selbstkritik auf die Behandlungsverläufe untersuchen und dies in möglichst unterschiedlichen Settings und unter Berücksichtigung von möglichen Extrem-Gruppen. Dabei wären Nachuntersuchungen, welche den Behandlungsverlauf nach Abschluss der Therapie verfolgen und mögliche nachträgliche Unterschiede aufzeigen, von unabdingbarer Bedeutung. Erst durch so sorgfältig etablierte Anwendungen des DEQ im klinischen Kontext wird es möglich sein, praxisrelevante Schlussfolgerungen für die Behandlung von depressiven Störungen im ambulanten oder stationären Bereich zu ziehen.

Welche Konsequenzen haben die Ergebnisse dieser Studie – auch in Verbindungen mit bereits existierenden Befunden – für die praktische Tätigkeit, sprich für die ambulante Behandlung und im Besonderen für die stationäre Behandlung? Diese Frage ist insbesondere hinsichtlich des Befundes, dass selbstkritische Patienten weniger von einem stationären Aufenthalt zu profitieren scheinen, von Relevanz. Folgt man der Hypothese, dass das stationäre Setting die Ängste und Befürchtungen der selbstkritischen Patienten eher fördert, so sollten die therapeutischen Interventionen darauf ausge-

richtet sein, die Autonomie und Kontrolle dieser Patientengruppe zu stärken, d. h. ihnen – wo möglich – Entscheidungsfreiräume bezüglich Art und Dauer der Behandlung einzuräumen. Gleichzeitig darf aber die Schwere der Symptomatik und die erhöhte Suizidalität bei diesen Patienten nicht ausser Acht gelassen werden. Gerade eine akute Suizidalität kann im stationären Bereich zu stark einschränkenden und in die persönliche Freiheit eingreifenden Massnahmen führen, z. B. durch einen eingeschränkten Ausgang bis hin zur Einzelüberwachung des Patienten. Als Behandlungsteam befindet man sich deshalb in Prozessen des ständigen Abwägens, von schützendem Verhalten auf der einen und verantwortungsübergebendem Verhalten auf der anderen Seite. Bei anaklitischen Patienten scheint die stationäre Behandlung schon aufgrund ihres stützenden, versorgenden und haltenden Settings zu einer Stabilisierung zu führen. Hier sollte darauf geachtet werden, dass frühzeitig wieder eine Ablösung, d. h. der Klinikaustritt thematisiert und ein Umfeld ausserhalb der Klinik aufgebaut wird, welches ähnliche stützende Funktionen übernehmen kann.

Abschliessend lässt sich sagen, dass Blatt's differenziertes Modell der anaklitischen und introjektiven Dimension der Depression ein brauchbares Konstrukt zum vertieften Verständnis der depressiven Störung darstellt, welches mit dem DEQ ein vielversprechendes Verfahren zur empirischen Erforschung verschiedener Ausprägungen der Depression bietet. Das Potenzial dieses Verfahrens wurde aber für die klinische Depression im stationären Setting noch nicht ausreichend genutzt.

## 12 Literaturverzeichnis

- Abraham, K. (1914/1971a). Ansätze zur psychoanalytischen Behandlung des manisch-depressiven Irrseins und verwandter Zustände. In J. Cremerius & K. Abraham (Eds.), *Fischer-Taschenbücher. Gesammelte Schriften in zwei Bänden* (S. 146–162). Frankfurt a. M.: Fischer-Taschenbuch-Verl.
- Abraham, K. (1924/1971b). Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido aufgrund der Psychoanalyse seelischer Störungen. In J. Cremerius & K. Abraham (Eds.), *Fischer-Taschenbücher. Gesammelte Schriften in zwei Bänden. Band I.* (S. 113–183). Frankfurt a. M.: Fischer-Taschenbuch-Verl.
- Anthony, E. (1970). Two contrasting types of adolescent depression and their treatment. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 18(4), 841–859.
- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie. (2007). *Das AMDP-System: Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde* (8th ed.). Göttingen: Hogrefe.
- Arieti, S., & Bemporad, J. (1978/1983). *Depression: Krankheitsbild, Entstehung, Dynamik und psychotherapeutische Behandlung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bagby, R. M., Parker, J. D., Joffe, R. T., & Buis, T. (1994a). Reconstruction and validation of the depressive experiences questionnaire. *Assessment*, 1(1), 59–68.
- Bagby, R. M., Schuller D. R., Parker J. D., Levitt A., Joffe R. T., & Shafir M. S. (1994b). Major depression and the self-criticism and dependency personality dimensions. *American Journal of Psychiatry*, 151(4), 597–599.
- Barrett-Lennard, G. T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs: General and Applied*, 76(43), 1–36.
- Bassler, M., Potratz, B., & Krauthauser, H. (1995). Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut*, 40(1), 23–32.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. J. Clayton & J. E. Barrett (Eds.), *American psychopathological association series. Treatment of depression. Old controversies and new approaches* (S. 265–290). New York: Raven Pr.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II, Beck depression inventory: Manual* (2nd ed.). San Antonio, Tex, Boston: Psychological Corp.; Harcourt Brace.
- Beutel, M. E., Wiltink, J., Hafner, C., Reiner, I., Bleichner, F., & Blatt, S.J. (2004). Dependence and self-criticism as a psychological dimension of depression: Validation of the German-language version of the Depressive Experience Questionnaire (DEQ). *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 52(1), 1–14.
- Bibring, E. (1952). Das Problem der Depression. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse*, (6), 81–101.
- Blaney, P. H., & Kutcher, G. S. (1991). Measures of Depressive Dimensions: Are They Interchangeable? *Journal of Personality Assessment*, 56(3), 502–512.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of Object Representation in Anaclitic and Introjective Depression. *Psychoanalytical Study of the Child*, 29, 107–157.
- Blatt, S. J. (1992). The differential Effect of Psychotherapy and Psychoanalysis with anaclitic and introjective patients: The Menninger Psychotherapy Research Project Revisited. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40(3), 691–724.
- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 50(12), 1003–1020.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives* (1st ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J. (2007). A fundamental polarity in psychoanalysis: Implications for personality development, psychopathology, and the therapeutic process. *Psychoanalytic Inquiry*, 26(4), 494–520.



- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process* (1st ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., & Blass, R. B. (1990). Attachment and separateness: A dialectic model of the products and processes of development throughout the life cycle. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 45, 107–127.
- Blatt, S. J., D’Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(4), 383–389.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(1), 113–124.
- Blatt, S. J., & Luyten, P. (2009). A structural–developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span. *Development and Psychopathology*, 21(3), 793.
- Blatt, S. J., Luyten, P., & Corveleyn, J. (2005). Zur Entwicklung eines dynamischen Interaktionsmodells der Depression und ihre Behandlung. In W. Bohleber (Ed.), *Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 59(9/10), S. 864–891
- Blatt, S. J., & Maroudas, C. (1992). Convergences among psychoanalytic and cognitive-behavioral theories of depression. *Psychoanalytic Psychology*, 9(2), 157–190.
- Blatt, S. J., Quinlan D. M., Pilkonis P. A., & Shea M. T. (1995). Impact of Perfectionism and Need for Approval on the Brief Treatment of Depression: The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program Revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 125–132.
- Blatt, S. J., Schaffer, C. E., Bers, S. A., & Quinlan, D. M. (1992). Psychometric properties of the depressive experiences questionnaire for adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 59(1), 82–98.
- Blatt, S. J., & Schichmann, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6, 187–254.
- Blatt, S. J., Zohar, A. H., Quinlan, D. M., Zuroff, D. C., & Mongrain, M. (1995). Subscales within the dependency factor of the depressive experiences questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 64(2), 319–339.
- Blatt, S. J., Zohar, A., Quinlan, D. M., & Luthar, S. (1996). Levels of relatedness within the dependency factor of the depressive experiences questionnaire for adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 67(1), 52–71.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12(5), 527–562.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (2005). Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clinical Psychology Review*, 25(4), 459–486.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Bondi, C. M., Sanislow III C. A., & Pilkonis P. A. (1998). When and how perfectionism impedes the brief treatment of depression: Further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 423–428.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Hawley, L. L., & Auerbach, J. S. (2010). Predictors of sustained therapeutic change. *Psychotherapy Research*, 20(1), 37–54.
- Böker, H. (Ed.). (2001). *Depression, Manie und schizoaffektive Psychosen: Psychodynamische Theorien, einzelfallorientierte Forschung und Psychotherapie* (3rd ed.). Giessen: Psychosozial-Verl.
- Bowlby, J. (1980/2006). *Verlust: Trauer und Depression*. Bindung und Verlust: Vol. 3. München: Reinhardt.

- Bowlby, J., & Hillig, A. (2010). *Bindung als sichere Basis: Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie* (2nd ed.). München: Reinhardt (Original work published 1988).
- Brown, J. D., & Silberschatz, G. (1989). Dependency, self-criticism, and depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology, 98*(2), 187–188.
- Caspar, F. (2003). IMI-R. In E. Brähler, J. Schumacher, & B. Strauss (Eds.), *Diagnostik für Klinik und Praxis: Vol. 1. Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (2<sup>nd</sup> ed.) (S. 214–216). Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie.
- Chevron, E. S., Quinlan, D. M., & Blatt, S. J. (1978). Sex roles and gender differences in the experience of depression. *Journal of Abnormal Psychology, 87*(6), 680–683.
- Corveleyn, J., Luyten, P., & Blatt, S. J. (Eds.). (2005). *Figures of the unconscious: Vol. 5. The theory and treatment of depression: Towards a dynamic interactionism model*. Leuven, Belgium, Mahwah, N. J: Lawrence Erlbaum Assoc.
- Cox, B. J., McWilliams, Lachlan, A., Enns, M. W., & Clara, I. P. (2004). Broad and specific personality dimensions associated with major depression in a nationally representative sample. *Comprehensive Psychiatry, 45*(4), 246–253.
- Coyne, J. C., Thompson, R., & Whiffen, V. (2004). Is the promissory note of personality as vulnerability to depression in default? Reply to Zuroff, Mongrain, and Santor (2004). *Psychological Bulletin, 130*(3), 512–517.
- Coyne, J. C., & Whiffen, V. E. (1995). Issues in personality as diathesis for depression: The case of sociotropy-dependency and autonomy-self-criticism. *Psychological Bulletin, 118*(3), 358–378.
- Desmet, M., Vanheule, S., Groenvynck, H., Verhaeghe, P., Vogel, J., & Bogaerts, S. (2007a). The Depressive Experiences Questionnaire: An inquiry into the different scoring procedures. *European Journal of Psychological Assessment, 23*(2), 89–98.
- Desmet, M., Vanheule, S., Meganck, R., Verhaeghe, P., & Bogaerts, S. (2007b). The Depressive experiences questionnaire: On using a student-based scoring program for a clinical sample. *Psychological Reports, 101*(2), 587–596.
- Desmet, M., Vanheule, S., & Verhaeghe, P. (2006). Dependency, Self-Criticism, and the Symptom Specificity Hypothesis in a Depressed Clinical Sample. *Social Behavior and Personality: an international journal, 34*(8), 1017–1026.
- Dinger, U., Barrett, M. S., Zimmermann, J., Schauenburg, H., Wright, A. G. C., Renner, F., ... & Barber, J.P. (2015). Interpersonal problems, dependency, and self-criticism in major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology, 71*(1), 93-104.
- Eicke-Spengler, M. (1977). Zur Entwicklung der psychoanalytischen Theorie der Depression. *Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse, 31*(12), 1079–1125.
- Elkin, I. (1994). The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are now. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (S. 114–135). New York: Wiley.
- Enns, M. W., Cox, B. J., & Pidlubny, S. R. (2002). Group Cognitive Behaviour Therapy for Residual Depression: Effectiveness and Predictors of Response. *Cognitive Behaviour Therapy, 31*(1), 31–40.
- Erikson, E. H. (1950/1995). *Kindheit und Gesellschaft* (12th ed.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fazaa, N., & Page, S. (2003). Dependency and self-criticism as predictors of suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 33*(2), 172–185.
- Fenichel, O. (1945/2005). *Psychoanalytische Neurosenlehre: Studienausgabe*. Bibliothek der Psychoanalyse: Vol. 2. Giessen: Psychosozial.
- Franché, R.-L., & Dobson, K. (1992). Self-criticism and interpersonal dependency as vulnerability factors to depression. *Cognitive Therapy and Research, 16*(4), 419–435.

- Franke, G. H., & Derogatis, L. R. (1995). *SCL-90-R: Die Symptom-Checkliste von Derogatis – deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test.
- Frank, S. J., van Egeren, L. A., Paul, J. S., Poorman, M. O., Williams, O. B., & Field, D. T. (1997). Measuring self-critical and interpersonal preoccupations in an adolescent inpatient sample. *Psychological Assessment*, 9(3), 185–195.
- Freud, A. (1952). The Mutual Influences in the Development of Ego and Id - Introduction to the Discussion. *Psychoanalytical Study of the Child*, 7, 42–50.
- Freud, A. (1971). Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung (2nd ed.). Schriften zur Psychoanalyse und psychosomatischen Medizin: Vol. 7. Bern: Huber.
- Freud, S. (1915/1991). Trauer und Melancholie. In S. Freud (Ed.), *Gesammelte Werke*. Chronologisch geordnet (8th ed., S. 428–446). Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, S. (1923/1991). Das Ich und das Es. In S. Freud (Ed.), *Gesammelte Werke*. Chronologisch geordnet (8th ed., S. 237–289). Frankfurt a. M.: Fischer.
- Fröhlich, W. D. (Ed.). (2010). *Wörterbuch Psychologie* (27th ed.): Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23(1), 56–62.
- Harman, H. H. (1976). *Modern factor analysis* (3rd ed.). Chicago: Univ. of Chicago Press.
- Hautzinger, M., Keller, F., & Joormann, J. (2005). *Skala dysfunktionaler Einstellungen – DAS*. Göttingen: Hogrefe.
- Hawley, L. L., Ho, M.-H. R., Zuroff, D. C., & Blatt, S. J. (2006). The relationship of perfectionism, depression, and therapeutic alliance during treatment for depression: Latent difference score analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 930–942.
- Jacobson, E. (1954). Contribution to the metapsychology of psychotic identifications. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2(2), 239–262.
- Jacobson, E., & Deserno, H. (1971/1978). *Depression: Eine vergleichende Untersuchung normaler, neurotischer und psychotisch-depressiver Zustände*. Literatur der Psychoanalyse: Vol. 458. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Keller, F., Hautzinger, M., & Kühner, C. (2008). Zur faktoriellen Struktur des deutschsprachigen BDI-II. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37(4), 245–254.
- Kiesler, D. J. (1987). *IMI: Manual for the impact message inventory* (Research ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Klein, D. N., Harding, K., Taylor, E. B., & Dickstein, S. (1988a). Dependency and self-criticism in depression: Evaluation in a clinical population. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(4), 399–404.
- Klein, D. N., Taylor, E. B., Dickstein, S., & Harding, K. (1988b). Primary early-onset dysthymia: Comparison with primary nonbipolar nonchronic major depression on demographic, clinical, familial, personality, and socioenvironmental characteristics and short-term outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(4), 387–398.
- Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive States. *International Journal of Psychoanalysis*, 16, 145–174.
- Klein, M. (1940/1989). Die Trauer und ihre Beziehung zu manisch-depressiven Zuständen. In H. A. Thorer & M. Klein (Eds.), *Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse* (3rd ed.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Krampen, G. (1981). *IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1994). *Skalen zur Erfassung von Hoffnungslosigkeit (H-Skalen): Deutsche Bearbeitung und Weiterentwicklung der H-Skala von Aaron T. Beck*. Göttingen: Hogrefe.

- Luyten, P., Blatt, S. J., & Corveleyn, J. (2005a). The convergence among psychodynamic and cognitive-behavioral theories of depression: Theoretical overview. In J. Corveleyn, P. Luyten, & S. J. Blatt (Eds.), *Figures of the unconscious: Vol. 5. The theory and treatment of depression: Towards a dynamic interactionism model* (S. 67–94). Leuven, Belgium, Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum Assoc.
- Luyten, P., Blatt, S. J., & Coyne, J. C. (2005b). Towards intergartion in the theory and treatment of depression? The time is now. In J. Corveleyn, P. Luyten, & S. J. Blatt (Eds.), *Figures of the unconscious: Vol. 5. The theory and treatment of depression: Towards a dynamic interactionism model* (S. 253–284). Leuven, Belgium, Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum Assoc.
- Luyten, P., Corveleyn, J., & Blatt, S. J. (2005c). The Convergence among Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Theories of Depression: A Critical Review of Empirical Research. In J. Corveleyn, P. Luyten, & S. J. Blatt (Eds.), *Figures of the unconscious: Vol. 5. The theory and treatment of depression. Towards a dynamic interactionism model* (S. 95–136). Leuven, Belgium, Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Assoc.
- Luyten, P., Sabbe, B., Blatt, S. J., Meganck, S., Jansen, B., De Grave, C., ... & Corveleyn, J. (2007). Dependency and self-criticism: Relationship with major depressive disorder, severity of depression, and clinical presentation. *Depression and Anxiety*, 24(8), 586–596.
- Margraf, J., Müller-Spahn, F. J., Albus, M., & Pschyrembel, W. (Eds.). (2009). *Pschyrembel Psychiatrie, klinische Psychologie, Psychotherapie*. Berlin: de Gruyter.
- Mazure, C. M., & Maciejewski, P. K. (2003). A model of risk for major depression: Effects of life stress and cognitive style vary by age. *Depression and Anxiety*, 17(1), 26–33.
- Mongrain, M., Lubbers, R., & Struthers, W. (2004). The power of love: Mediation of rejection in roommate relationships of dependents and self-Critics. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(1), 94–105.
- Mongrain, M., Vettese, L. C., Shuster, B., & Kendal, N. (1998). Perceptual biases, affect, and behavior in the relationships of dependents and self-critics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1), 230–241.
- Nietzel, M. T., & Harris, M. J. (1990). Relationship of dependency and achievement/autonomy to depression. *Clinical Psychology Review*, 10(3), 279–297.
- Piaget, J., Inhelder, B., & Roellenbleck, A. (1958/1990). *Die Entwicklung des inneren Bildes beim Kind* (1st ed.). Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft: Vol. 861. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Rado, S. (1927). Das Problem der Melancholie. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, (13), 439–455.
- Rector, N. A., Bagby, R. M., Segal, Z. V., Joffe, R. T., & Levitt, A. (2000). Self-Criticism and dependency in depressed patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Cognitive Therapy and Research*, 24(5), 571–584.
- Riley, W. T., & McCranie, E. W. (1990). The depressive experiences questionnaire: Validity and psychological correlates in a clinical samples. *Journal of Personality Assessment*, 54(3/4), 523–533.
- Rudolf, S., Bermejo, I., & Schweiger, U. (2006). Diagnostik depressiver Störungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(25), 1754–1762.
- Santor, D. A., Zuroff, D. C., & Fielding, A. (1997). Analysis and revision of the depressive experiences questionnaire: Examining scale performance as a function of scale length. *Journal of Personality Assessment*, 69(1), 145–163.
- Santor, D. A., Zuroff, D. C., Mongrain, M., & Fielding, A. (1997). Validating the McGill revision of the depressive experiences questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 69(1), 164–182.
- Schmale, A. H. (1972). Depression as affect, character style, and symptom formation. *Psychoanalysis and Contemporary Science*, 1(1), 327–354.

- Spitz, R. & Wolf, M. K. (1946). Anaclitic depression: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytical Study of the Child*, 2, 313–342.
- Viglione Jr., D. J., Clemmey, P. A., & Camenzuli, L. (1990). The depressive experiences questionnaire: A critical review. *Journal of Personality Assessment*, 55(1/2), 52–64.
- Viglione Jr., D. J., Lovette, G. J., Gottlieb, R., & Friedberg, R. (1995). Depressive experiences questionnaire: An empirical exploration of the underlying theory. *Journal of Personality Assessment*, 65(1), 91–99.
- Welkowitz, J., Lish, J. D., & Bond, R. N. (1985). The depressive experiences questionnaire: Revision and validation. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 89–94.
- Weltgesundheitsorganisation Europa. (2012). Depressionen in Europa. Retrieved from <http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe>
- Whiffen, V. E., & Aube, J. A. (1999). Personality, interpersonal context and depression in couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 16(3), 369–383.
- World Health Organization. (2009). *Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Zuroff, D. C., Blatt S T, Sotsky S M, Krupnick J L, Martin D J, Sanislow C A I, & Simmens S. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 114–124.
- Zuroff, D. C., & Blatt, S. J. (2006). The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: Contributions to clinical improvement and enhanced adaptive capacities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 130–140.
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sanislow, C. A., Bondi, C. M., & Pilkonis, P. A. (1999). Vulnerability to depression: Reexamining state dependence and relative stability. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(1), 76–89.
- Zuroff, D. C., Mongrain, M., & Santor, D. A. (2004). Conceptualizing and measuring personality vulnerability to depression: Comment on Coyne and Whiffen (1995). *Psychological Bulletin*, 130(3), 489–511.
- Zuroff, D. C., Moskowitz, D., Wielgus, M. S., Powers, T. A., & Franko, D. L. (1983). Construct validation of the dependency and self-criticism scales of the depressive experiences questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 17(2), 226–241.
- Zuroff, D. C., Quinlan, D. M., & Blatt, S. J. (1990). Psychometric properties of the depressive experiences questionnaire in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 55(1/2), 65–72.

## 13 Anhang

### 13.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Die fünf Items mit der höchsten Faktorenladung für die drei Faktoren des DEQ-----	27
Tabelle 2: Übersicht über das Studiendesign -----	52
Tabelle 3: Mittelwerte und Standardabweichung der SCL-90R Subskalen über den Verlauf -----	68
Tabelle 4: Stanine-Werte, Mittelwerte und Standardabweichung der IPC-Skalen über den Verlauf---	70
Tabelle 5: Mittelwerte und Standardabweichungen der IMI-R Skalen für Patienten und Behandler ---	72
Tabelle 6: Zusammenhänge von Abhängigkeit und Selbstkritik mit den SCL-90R Skalen -----	76
Tabelle 7: Zusammenhänge zwischen HAQ-S für T0, T1 und T2 mit den DAS-Skalen -----	79
Tabelle 8: Mittlere Werte der DEQ Faktoren für die verschiedenen Stichprobengruppen -----	81
Tabelle 9: Multiple Comparison, Abhängige Variable: BDI-II bei Eintritt, Turkey-HSD -----	82
Tabelle 10: DEQ Gruppenergebnisse für die BDI-II Subfaktoren -----	84

## 13.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Diagnose depressiver Episoden nach ICD-10-Kriterien-----	10
Abbildung 2: Interpersonelle Verbundenheit und Selbstdefinition in Eriksons Stufenmodell -----	25
Abbildung 3: Blatts Modell einer normalen und pathologischen Entwicklung-----	26
Abbildung 4: Stichprobengröße für die drei Messzeitpunkte -----	59
Abbildung 5: Geschlechterverteilung -----	61
Abbildung 6: Altersgruppenverteilung -----	62
Abbildung 7: Verteilung von Diagnose und Schweregrad -----	62
Abbildung 8: Anzahl vorangegangener Episoden-----	63
Abbildung 9: Verteilung der Anzahl Vorhospitalisationen-----	63
Abbildung 10: Aufenthaltsdauer in Wochen -----	64
Abbildung 11: Depressive Erkrankung in der Familie-----	64
Abbildung 12: DEQ Einzel- und Mittelwerte für Selbstkritik und Abhängigkeit -----	65
Abbildung 13: Einzelwerte für DAS-Gesamtwert, Grenzwert = 140 -----	65
Abbildung 14: Einzelwerte für DAS-Leistung, Grenzwert = 50 -----	66
Abbildung 15: Einzelwerte für DAS-Anerkennung, Grenzwert = 30 -----	66
Abbildung 16: Veränderung des BDI-II Mittelwerts über den Verlauf der Behandlung -----	67
Abbildung 17: Veränderung des HAMD-24 über den Verlauf -----	67
Abbildung 18: Veränderung der globalen SCL-90R Kennwerten über den Verlauf -----	68
Abbildung 19: Veränderung der Suizidalität über den Verlauf-----	69
Abbildung 20: Suizidversuche in der Vergangenheit-----	69
Abbildung 21: Schweregrad des Suizidversuchs-----	70
Abbildung 22: Veränderung der H-Skala über den Verlauf -----	71
Abbildung 23: Veränderung des HAQ für Patient und Therapeut über den Verlauf -----	71
Abbildung 24: IMI-R für Mittelwerte der Patienten -----	72
Abbildung 25: IMI-R für Mittelwerte der Behandler -----	73
Abbildung 26 Gruppenmittelwerte des BDI-II für T0-----	82
Abbildung 27: Gruppenunterschiede bezüglich BDI-II Subfaktoren -----	83
Abbildung 28: Mittlere T-Werte der Gruppen der Kennwerte GSI, PST und PSD-----	85
Abbildung 29: Mittlere Gruppen Stanine-Werte der IPC-Skala-----	86
Abbildung 30: Mittlere Werte der Gruppe AuS_H für Patienten und Behandler -----	87
Abbildung 31: Mittlere Werte der Gruppe AoS_H für Patient und Behandler -----	88
Abbildung 32: Mittlere Werte der Gruppe AuS_N für Patienten und Behandler -----	88
Abbildung 33: Veränderung des BDI-II von T0 zu T2 bezüglich Gruppen -----	89
Abbildung 34: Veränderung des GSI von T0 zu T2 bezüglich Gruppen-----	89

### 13.3 Depressive Experience Questionnaire

#### DEQ

Sie finden hier eine Reihe von Aussagen über persönliche Merkmale und Eigenschaften. Bitte lesen Sie jede Aussage durch und entscheiden Sie, ob Sie der Aussage zustimmen oder ob Sie sie ablehnen und in welchem Ausmaß. Wenn Sie völlig zustimmen, kreuzen Sie "7" an; wenn Sie die Aussage völlig ablehnen, kreuzen Sie "1" an. Wenn Sie Ihrer Einschätzung nach dazwischen liegen, kreuzen Sie eine der Zahlen zwischen 1 und 7 an. Wenn Sie neutral oder unentschieden sind, kreuzen Sie die Mitte (4) an.

		Lehne völlig ab				Stimme völlig zu			
		1	2	3	4	5	6	7	
1.	Ich setze meine persönlichen Ziele und Standards so hoch wie möglich	1	2	3	4	5	6	7	
2.	Ohne die Unterstützung von anderen, die mir nahestehen, wäre ich hilflos	1	2	3	4	5	6	7	
3.	Ich neige dazu, mit meinen gegenwärtigen Plänen und Zielen zufrieden zu sein und nicht nach höheren Zielen zu streben	1	2	3	4	5	6	7	
4.	Manchmal fühle ich mich sehr groß, und zu anderen Zeiten fühle ich mich sehr klein	1	2	3	4	5	6	7	
5.	Wenn ich eine enge Beziehung zu jemandem habe, bin ich nie eifersüchtig	1	2	3	4	5	6	7	
6.	Ich benötige dringend Dinge, die mir nur andere Menschen geben können	1	2	3	4	5	6	7	
7.	Ich finde oft, dass ich meine eigenen Maßstäbe oder Ideale nicht erfülle	1	2	3	4	5	6	7	
8.	Ich habe das Gefühl, dass ich meine Möglichkeiten und Fähigkeiten immer voll ausschöpfe	1	2	3	4	5	6	7	
9.	Der Mangel an Beständigkeit in menschlichen Beziehungen macht mir nichts aus	1	2	3	4	5	6	7	
10.	Wenn ich nicht schaffe, Erwartungen zu erfüllen, fühle ich mich wertlos	1	2	3	4	5	6	7	
11.	Oft fühle ich mich hilflos	1	2	3	4	5	6	7	
12.	Ich mache mir selten Sorgen, kritisiert zu werden für Dinge, die ich gesagt oder getan habe	1	2	3	4	5	6	7	
13.	Es gibt einen beträchtlichen Unterschied zwischen dem, wie ich jetzt bin und wie ich gerne wäre	1	2	3	4	5	6	7	
14.	Ich genieße harten Wettbewerb mit anderen	1	2	3	4	5	6	7	



15.	Ich habe das Gefühl, dass ich viele Verpflichtungen habe, die ich erfüllen muss	1	2	3	4	5	6	7
16.	Es gibt Zeiten, in denen ich mich innerlich "leer" fühle	1	2	3	4	5	6	7
17.	Ich bin eher unzufrieden mit dem, was ich habe.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Es ist mir gleichgültig, ob ich erfülle, was andere Personen von mir erwarten oder nicht	1	2	3	4	5	6	7
19.	Ich werde ängstlich, wenn ich mich alleine fühle	1	2	3	4	5	6	7
20.	Wenn ich einen sehr engen Freund verlieren würde, hätte ich das Gefühl, als ob ich einen wichtigen Teil von mir verlieren würde	1	2	3	4	5	6	7
21.	Andere Menschen werden mich annehmen, gleichgültig, wieviele Fehler ich begangen habe	1	2	3	4	5	6	7
22.	Es fällt mir schwer, eine Beziehung abzubauen, die mich unglücklich macht	1	2	3	4	5	6	7
23.	Ich denke oft über die Gefahr nach, jemanden zu verlieren, der mir nahesteht	1	2	3	4	5	6	7
24.	Andere Personen haben hohe Erwartungen an mich	1	2	3	4	5	6	7
25.	Wenn ich mit anderen zusammen bin, neige ich dazu, mich herabzusetzen oder zu schlecht zu verkaufen	1	2	3	4	5	6	7
26.	Ich beschäftige mich kaum damit, wie andere Personen auf mich reagieren	1	2	3	4	5	6	7
27.	Gleichgültig, wie eng eine Beziehung zwischen zwei Personen ist, es gibt immer viel Unsicherheit und Spannung	1	2	3	4	5	6	7
28.	Ich bin sehr empfindlich gegenüber Zeichen der Abweisung von anderen	1	2	3	4	5	6	7
29.	Für meine Familie ist es wichtig, dass ich Erfolg habe	1	2	3	4	5	6	7
30.	Ich habe oft das Gefühl, dass ich andere enttäuscht habe	1	2	3	4	5	6	7
31.	Wenn mich jemand ärgerlich macht, lasse ich ihn (sie) wissen, wie ich fühle	1	2	3	4	5	6	7

32.	Ich bemühe mich ständig und setze oft sehr viel daran, Personen zu gefallen und zu helfen, denen ich nahe stehe	1	2	3	4	5	6	7
33.	Ich habe viele innere Ressourcen (Fähigkeiten, Stärken)	1	2	3	4	5	6	7
34.	Ich finde es sehr schwierig, gegenüber Bitten von Freunden, "nein" zu sagen	1	2	3	4	5	6	7
35.	Ich fühle mich nie wirklich sicher in einer engen Beziehung	1	2	3	4	5	6	7
36.	Wie ich mich einschätze, ist oft unterschiedlich: Es gibt Zeiten, wenn ich mich sehr gut finde und Zeiten, wenn ich nur das Schlechte in mir sehe und mich wie ein völliger Versager fühle	1	2	3	4	5	6	7
37.	Oft fühle ich mich durch Veränderungen bedroht	1	2	3	4	5	6	7
38.	Auch wenn mich die Person verlassen würde, die mir am nächsten steht, könnte ich es immer noch alleine schaffen	1	2	3	4	5	6	7
39.	Man muss ständig daran arbeiten, die Liebe von einer anderen Person zu gewinnen: d.h., Liebe muss verdient werden	1	2	3	4	5	6	7
40.	Ich bin sehr feinfühlig gegenüber den Wirkungen, die meine Worte oder Handlungen auf die Gefühle anderer Personen haben	1	2	3	4	5	6	7
41.	Ich mache mir oft Vorwürfe für Dinge, die ich jemandem getan oder gesagt habe	1	2	3	4	5	6	7
42.	Ich bin eine sehr unabhängige Person	1	2	3	4	5	6	7
43.	Ich fühle mich oft schuldig	1	2	3	4	5	6	7
44.	Ich halte mich für eine sehr vielgestaltige Person, die "viele verschiedene Seiten" hat	1	2	3	4	5	6	7
45.	Ich mache mir große Sorgen, jemanden zu kränken oder zu verletzen, der mir nahe steht	1	2	3	4	5	6	7
46.	Ärger macht mir Angst	1	2	3	4	5	6	7
47.	Es zählt nicht, "wer du bist", sondern, "was du erreicht hast"	1	2	3	4	5	6	7
48.	Ich finde mich gut, ob ich nun Erfolg habe oder versage	1	2	3	4	5	6	7

### 13.4 Lebenslauf

**lic. phil. Kathrin Degen**  
**geb. Schnell**

Geb. 31.01.1985 in Konstanz, Deutschland  
Staatsangehörigkeit: deutsch  
Zivilstand: verheiratet

#### **Schulische Ausbildung**

---

1991 – 1995	Grundschule im Wallgut, Konstanz
1995 – 2002	Alexander von Humboldt Gymnasium, Konstanz
2002 – 2003	Nevada High School, USA Abschluss: High School Diploma
2003 – 2005	Alexander von Humboldt Gymnasium, Konstanz Abschluss: Abitur

#### **Studium**

---

Okt. 2005 – Juli 2007	Universität Konstanz Fachrichtung Psychologie Abschluss: Vordiplom
Aug. 2007 – Okt. 2010	Universität Zürich Fachrichtung Psychologie Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse Abschluss: Lizentiat
Seit Feb. 2011	Universität Zürich Allgemeines Doktorat Fachrichtung Psychologie Abschluss: Frühjahr 2015

#### **Praktika**

---

Nov. 2007 – Nov. 2009	Universität Zürich Praxisstelle für Psychodynamisches Coaching und Organisationsentwicklung Forschungspraktikum
-----------------------	---

Aug. – Nov. 2009	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich Spezialstation für Depression und Angstbehandlung Klinisches Praktikum
------------------	---

### **Beruflicher Werdegang**

---

Nov. 2010 – Dez. 2011	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich Spezialstation für Angst- und Depressionsbehandlung PG-Psychologin
Seit Jan. 2012	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich Tagesklinik für affektive Erkrankungen Psychologin

### **Weiterbildungen**

---

März 2011 – März 2015	Freud-Institut Zürich Weiterbildung in psychoanalytischer Psychotherapie
Mai 2012 – Juni 2013	Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie der Universität Heidelberg Fortbildung in Operationalisierter Psychodynamischer Diagnostik OPD-2
Seit Jan. 2015	Seminar für Gruppenanalyse Zürich Weiterbildung in Gruppenanalyse

### **Publikationen**

---

Luder, Marc & Schnell, Kathrin (2013). *Die Erzählanalyse JAKOB: Entwicklung und Anwendung 1989 bis 2012*. Hamburg: BOD.

Neukom, M., Schnell, K., & Boothe, B. (2011). Die Arbeitsbeziehung im Coaching – ein Stiefkind der Forschung. *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 18(3), 317-332.